

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 1810-3111 (Print)

ISSN 2587-6716 (Online)

СВПН

# СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

SIBERIAN HERALD OF PSYCHIATRY  
AND ADDICTION PSYCHIATRY

SHRAP

25 лет СВПН

Биологические исследования

Клиническая психиатрия

Психоонкология

Пенитенциарная психиатрия

Лекции. Обзоры

Клиническая психология

Этнокультуральная психиатрия

2021. № 1 (110)

# СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Научно-практический журнал  
Выходит 4 раза в год

2021. № 1 (110)

## Учредитель и издатель:

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»  
Научно-исследовательский институт психического здоровья (НИИ психического здоровья)

**Главный редактор** – Н.А. Бохан, д.м.н., профессор, академик РАН (Томск, Россия)

**Заместители главного редактора** – А.В. Семке, д.м.н., профессор (Томск, Россия)

С.А. Иванова, д.м.н., профессор (Томск, Россия)

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

профессор М.М. Аксенов	Томск, Россия
профессор В.М. Алифиорова	Томск, Россия
академик РАН Л.И. Афтanas	Новосибирск, Россия
академик РАО Э.В. Галажинский	Томск, Россия
член-корр. РАН Н.Н. Иванец	Москва, Россия
профессор З.И. Кекелидзе	Москва, Россия
профессор А.О. Кибитов	Москва, Россия
член-корр. РАН М.А. Кинкулькина	Москва, Россия
профессор А.Н. Корнетов	Томск, Россия
профессор В.Н. Краснов	Москва, Россия
профессор И.Е. Куприянова	Томск, Россия
профессор А.И. Мандель	Томск, Россия
профессор Н.Г. Незнанов	С-Петербург, Россия
профессор А.А. Овчинников	Новосибирск, Россия
профессор Л.Д. Рахмазова	Томск, Россия
профессор Ю.П. Сиволап	Москва, Россия
академик РАН А.Б. Смулевич	Москва, Россия
профессор Е.Д. Счастнй	Томск, Россия
член-корр. РАН Д.Ф. Хритинин	Москва, Россия
член-корр. РАН Б.Д. Цыганков	Москва, Россия

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

профессор С.А. Алтынбеков	Алматы, Казахстан
профессор Т.П. Ветлугина	Томск, Россия
профессор С. Вилласенор Баярдо	Мексика
профессор Н.В. Говорин	Москва, Россия
профессор П. Джонсон	США
профессор Е.М. Крупицкий	С-Петербург, Россия
профессор Ф. Ланг	Германия
профессор А. Лунен	Нидерланды
профессор В.Д. Менделевич	Казань, Татарстан
профессор П.В. Морозов	Москва, Россия
профессор Ю.В. Попов	С-Петербург, Россия
профессор К. Ю. Ретюнский	Екатеринбург, Россия
профессор Н. Сарториус	Швейцария
д-р мед. наук А.В. Сахаров	Чита, Россия
профессор А.М. Селеднов	Кемерово, Россия
профессор И.Я. Стоянова	Томск, Россия
профессор М.Г. Узбеков	Москва, Россия
профессор И.Г. Ульянов	Владивосток, Россия
профессор Ху Цзянь	Китай
профессор Л. Эрдэнэбаяр	Монголия

Журнал основан в 1996 г. Зарегистрирован в Государственном комитете Российской Федерации по печати. Свидетельство о регистрации № 017413 от 10 апреля 1998 г. Свидетельство о перерегистрации средства массовой информации ПИ № 77-13364 от 19 августа 2002 г. выдано Министерством РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Входит в Перечень ведущих научных журналов и изданий, выпускаемых в Российской Федерации, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора наук.

Включен в базу данных «Российский индекс научного цитирования».

Индекс по каталогу «Роспечать» 66013

### Редакция журнала:

Ответственный секретарь к.м.н. О.Э. Перчаткина

Выпускающий редактор И.А. Зеленская

Адрес редакции: г. Томск, 634014, ул. Алеутская, 4

Телефон/факс: (382-2)-72-44-25. Телефоны: (382-2)-72-35-16, (382-2)-72-43-79. E-mail: mental@tnimc.ru

Web-сайт института: [tomskskstitute.mental-health.ru](http://tomskskstitute.mental-health.ru)

Web-сайт журнала: [svpin.org](http://svpin.org)

Оригинал-макет: И.А. Зеленская. Перевод: С.В. Владимирова

Подписано в печать 30.03.2021 г. Формат 60x84<sub>1/8</sub>. Печать офсетная.

Бумага мелованная. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 11,0; усл.-печ. л. 10,23; уч.-изд. л. 9,16. Тираж 500 экз. Заказ № 112.

Цена договорная. Дата выхода в свет 31.03.2021

Отпечатано в типографии ООО «Интегральный переплет». 634009, Томск, Дербышевский переулок, 26Б, помещение 4002.

Тел.: +7 (3822) 22-33-93, +7 (913) 889-59-96, +7 (382) 264-47-49. E-mail: [exlides@list.ru](mailto:exlides@list.ru)

# SIBERIAN HERALD OF PSYCHIATRY AND ADDICTION PSYCHIATRY

Scientific-practical journal

Four issues per year

2021. No. 1 (110)

## Founder and publisher:

Federal State Budgetary Scientific Institution  
“Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences”  
Mental Health Research Institute

**Editor-in-Chief** – N.A. Bokhan, MD, Prof., academician of RAS (Tomsk, Russia)

**Deputy Editors-in-Chief** – A.V. Semke, MD, Prof. (Tomsk, Russia)

S.A. Ivanova, MD, Prof. (Tomsk, Russia)

## EDITORIAL BOARD

Prof. M.M. Axenov	Tomsk, Russia
Prof. V.M. Alifirova	Tomsk, Russia
Academician of RAS L.I. Aftanas	Novosibirsk, Russia
Academician of RAE E.V. Galazhinsky	Tomsk, Russia
Corresponding member of RAS N.N. Ivanets	Moscow, Russia
Prof. Z.I. Kekelidze	Moscow, Russia
Prof. A.O. Kibitov	Moscow, Russia
Corresponding member of RAS M.A. Kinkul'kina	Moscow, Russia
Prof. A.N. Kornetov	Tomsk, Russia
Prof. V.N. Krasnov	Moscow, Russia
Prof. I.E. Kupriyanova	Tomsk, Russia
Prof. A.I. Mandel	Tomsk, Russia
Prof. N.G. Neznanov	S-Petersburg, Russia
Prof. A.A. Ovchinnikov	Novosibirsk, Russia
Prof. L.D. Rakhmazova	Tomsk, Russia
Prof. Yu.P. Sivolap	Moscow, Russia
Academician of RAS A.B. Smulevich	Moscow, Russia
Prof. E.D. Schastnyy	Tomsk, Russia
Corresponding member of RAS D.F. Khritinin	Moscow, Russia
Corresponding member of RAS B.D. Tsygankov	Moscow, Russia

## EDITORIAL COUNCIL

Prof. S.A. Altynbekov	Almaty, Kazakhstan
Prof. T.P. Vetlugina	Tomsk, Russia
Prof. S. Villaseñor-Bayardo	Mexico
Prof. N.V. Govorin	Moscow, Russia
Prof. P. Johnson	USA
Prof. E.M. Krupitsky	St. Petersburg, Russia
Prof. F. Lang	Germany
Prof. A. Loonen	Netherlands
Prof. V.D. Mendelevich	Kazan, Tatarstan
Prof. P.V. Morozov	Moscow, Russia
Prof. Yu.V. Popov	St. Petersburg, Russia
Prof. K.Yu. Retyunsky	Yekaterinburg, Russia
Prof. N. Sartorius	Switzerland
M.D. A.V. Sakharov	Chita, Russia
Prof. A.M. Seledtsov	Kemerovo, Russia
Prof. I.Ya. Stoyanova	Tomsk, Russia
Prof. M.G. Uzbekov	Moscow, Russia
Prof. I.G. Ulyanov	Vladivostok, Russia
Prof. Hu Jian	China
Prof. L. Erdenebayar	Mongolia

The journal was established in 1996. The journal was registered in the State Committee on Press of the Russian Federation. Certificate of registration no. 017413 of April 10, 1998. Certificate of reregistration of mass medium PI no. 77-13364 of August 19, 2002 was issued by Ministry on Press, TV and Radio Broadcasting and Mass Media of the Russian Federation.

The journal is included in the List of leading scientific journals and editions issued in the Russian Federation where basic scientific results of doctoral theses should be published.

The journal is included in the database “Russian Index of Scientific Citation”.

Index according to catalogue “Rospechat” 66013

### Editorial staff:

Responsible secretary PhD O.E. Perchatkina

Production editor I.A. Zelenskaya

Address of the Editorial office: Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia

Tel./fax: +7 (382-2)-72-44-25. Tel.: +7 (382-2)-72-35-16, +7 (382-2)-72-43-79. E-mail: mental@tnimc.ru

Website of the Institute: tomsk institute.mental-health.ru

Website of the journal: svpin.org

Master layout: I.A. Zelenskaya. Translation: S.V. Vladimirova

Signed to press 30.03.2021. Format 60x84<sub>1/8</sub>. Offset printing.

Coated paper. Font “Times New Roman”.

Printer's sheets 11,0; conventional printer's sheets 10,23; published sheets 9,16. Circulation 500 copies. Order no 112.

Negotiated price. Date of publication 31.03.2021

Printed in the printing house Integrated Casework Ltd. 634009, Tomsk. Derbyshevsky Lane 26B, room 4002.

Tel.: +7 (3822) 22-33-93, +7 (913) 889-59-96, +7 (382) 264-47-49. E-mail: exlirdres@list.ru

**БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

<b>Озорнин А.С., Говорин Н.В., Сахаров А.В., Дутова А.С.</b> (Чита, Москва) Исследование ассоциации между полиморфизмом гена дофамин-бета-гидроксилазы rs1611115 (C-1021T) и симптомами шизофрении при антипсихотической терапии .....	5
--	---

**КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ**

<b>Гончарова А.А.</b> (Томск) Определение адаптационных ресурсов в процессе реабилитации больных шизофренией с акатизией на фоне антипсихотической терапии .....	13
--	----

**ПСИХООНКОЛОГИЯ**

<b>Шушпанова О.В.</b> (Москва) Применение антидепрессантов в комплексной терапии у больных раком молочной железы .....	19
<b>Куприянова И.Е., Гураль Е.С., Тузиков С.А.</b> (Томск) Клинические проявления непсихотических психических расстройств, основные типы психологических защит, возможности психофармако- и психотерапии у пациентов с онкопатологией .....	31
<b>Миклин Д.Н.</b> (Ижевск) Психопатологическая симптоматика (проявления дистресса, тревоги, депрессии и соматизации) у ближайших родственников гематоонкобольных: клиничко-динамический аспект ...	38

**ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ**

<b>Кочеткова Е.П., Шереметьева И.И., Строганов А.Е., Лещенко Л.В.</b> (Барнаул) Оптимизация системного подхода в реабилитации пациентов, страдающих шизофренией, в условиях принудительного лечения .....	44
---	----

**ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ**

<b>Иванов Д.Н., Омельченко М.А.</b> (Санкт-Петербург, Москва) Анализ подходов в психотерапевтическом консультировании юношей из группы риска по развитию шизофрении (обзор зарубежной литературы) .....	53
---	----

**КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

<b>Овчинников А.А., Лобастов Р.Л.</b> (Новосибирск) Деформации психологических адаптационных ресурсов на примере амотивационной и экзистенциальной несостоятельности при шизофрении .....	65
<b>Стоянова И.Я., Иванова А.А., Смирнова Н.С., Лебедева В.Ф., Руденко Л.С., Магденко О.В., Бохан Н.А.</b> (Томск, Новосибирск) Психические нарушения, развивающиеся в кризисно-экстремальной ситуации пандемии коронавируса: актуальная проблематика и особенности психолого-психотерапевтического консультирования .....	71

**ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ**

<b>Логинов И.П., Солодкая Е.В., Савин С.З.</b> (Хабаровск) Психопатологические проявления и особенности течения депрессивных расстройств в подростковом возрасте: транскультуральные клинические наблюдения .....	78
<b>НЕКРОЛОГ</b> .....	85

## CONTENTS

### BIOLOGICAL RESEARCH

- Ozornin A.S., Govorin N.V., Sakharov A.V., Dutova A.S.** (Chita, Moscow) Study of the association between dopamine beta-hydroxylase gene rs1611115 (C-1021T) polymorphism and schizophrenia symptoms in antipsychotic therapy ..... 5

### CLINICAL PSYCHIATRY

- Goncharova A.A.** (Tomsk) Identification of adaptive resources in the process of rehabilitation of schizophrenic patients with akathisia against the background of antipsychotic therapy ..... 13

### PSYCHO-ONCOLOGY

- Shushpanova O.V.** (Moscow) The use of antidepressants in the complex therapy of patients with breast cancer ..... 19

- Kupriyanova I.E., Gural E.S., Tuzikov S.A.** (Tomsk) Clinical manifestations of non-psychotic mental disorders, the main types of psychological defenses, the possibilities of psychopharmaco- and psychotherapy in patients with oncopathology ..... 31

- Miklin D.N.** (Izhevsk) Psychopathological symptoms (manifestations of distress, anxiety, depression and somatization) in the closest relatives of patients with blood cancer: clinical and dynamic aspect ..... 38

### PENAL PSYCHIATRY

- Kochetkova E.P., Sheremetyeva I.I., Stroganov A.E., Leshchenko L.V.** (Barnaul) Optimization of systematic approach to rehabilitation of patients with schizophrenia in the conditions of coercive treatment ..... 44

### LECTURES. REVIEWS

- Ivanov D.N., Omelchenko M.A.** (Saint-Petersburg, Moscow) Analysis of approaches in psychotherapeutic counseling of young men at risk for the development of schizophrenia (review of foreign literature) ..... 53

### CLINICAL PSYCHOLOGY

- Ovchinnikov A.A., Lobastov R.L.** (Novosibirsk) Deformations of psychological adaptive resources in terms of amotivational and existential incompetence in schizophrenia ..... 65

- Stoyanova I.Ya., Ivanova A.A., Smirnova N.S., Lebedeva V.F., Rudenko L.S., Magdenko O.V., Bokhan N.A.** (Tomsk, Novosibirsk) Mental disorders developing in the crisis-extremal situation of the coronavirus pandemic: focal problems and features of psychological-psychotherapeutic counseling ..... 71

### ETHNOCULTURAL PSYCHIATRY

- Loginov I.P., Solodkaya E.V., Savin S.Z.** (Khabarovsk) Psychopathological manifestations and features of the course of depressive disorders in adolescents: transcultural clinical observations ..... 78

- OBITUARY** ..... 85

# БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.895.87-055.1-055.2:615.214:575.113:575.113.2:575.174.015.3-042.62

Для цитирования: Озорнин А.С., Говорин Н.В., Сахаров А.В., Дутова А.С. Исследование ассоциации между полиморфизмом гена дофамин-бета-гидроксилазы rs1611115 (C-1021T) и симптомами шизофрении при антипсихотической терапии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2021; 1 (110): 5–12. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-5-12](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-5-12)

## Исследование ассоциации между полиморфизмом гена дофамин-бета-гидроксилазы rs1611115 (C-1021T) и симптомами шизофрении при антипсихотической терапии

Озорнин А.С.<sup>1,2</sup>, Говорин Н.В.<sup>3</sup>, Сахаров А.В.<sup>1</sup>, Дутова А.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России  
Россия, 672000, Чита, ул. Горького, 39а

<sup>2</sup> ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского»  
Россия, 672000, Чита, Окружной проезд, 3

<sup>3</sup> Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации  
Россия, 103265, Москва, ул. Охотный ряд, 1

### РЕЗЮМЕ

Известно, что нарушения в функционировании дофаминергической и норадренергической систем головного мозга вовлечены в механизмы развития шизофрении. Важным ферментом, участвующим в обмене дофамина и норадреналина, является дофамин-β-гидроксилаза. Установленное изменение активности данного фермента у больных шизофренией может быть обусловлено генетическими особенностями. **Цель исследования:** изучение ассоциации полиморфизма гена дофамин-β-гидроксилазы rs1611115 (C-1021T) с выраженностью симптомов шизофрении у больных с первым эпизодом шизофрении на фоне терапии галоперидолом и рисперидоном. **Материал и методы.** Всего в исследование было включено 212 пациентов основной группы, из них 110 мужчин и 112 женщин. Всем пациентам в соответствии с МКБ-10 был выставлен диагноз: «Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года, F20.09». Исследовательская выборка были разделена на две клинические группы: 1-я группа (n=105) – больные принимали галоперидол, 2-я группа (n=107) – больным назначали рисперидон. Группу контроля составили 152 человека. Геномную ДНК человека выделяли из лейкоцитов цельной крови. Анализ SNP DBH C-1021T rs1611115 проводили методом полимеразно-цепной реакции. **Результаты.** У пациентов с шизофренией в 1,13 раза чаще присутствовали носители референсного аллеля C SNP DBH rs1611115 (C-1021T), у которых риск развития заболевания был увеличенным в 1,8 раза. Было установлено, что у носителей генотипов C/T+T/T SNP rs1611115 (C-1021T) позитивные симптомы шизофрении были более выраженными, чем у носителей генотипа C/C. У носителей этих генотипов при терапии галоперидолом и рисперидоном в более короткие сроки редуцировались позитивные и общие симптомы, а при использовании галоперидола – негативные. **Заключение.** Полученные нами данные демонстрируют возможную роль генетических дефектов дофамин-β-гидроксилазы в механизмах развития шизофрении. При этом выраженность клинических симптомов у больных с первым эпизодом шизофрении до начала лечения и их динамика в процессе терапии антипсихотиками также ассоциированы с SNP дофамин-β-гидроксилазы rs1611115 (C-1021T).

**Ключевые слова:** позитивные и негативные симптомы шизофрении, терапия пациентов с первым эпизодом шизофрении, антипсихотики, полиморфизм гена дофамин-β-гидроксилазы.

### ВВЕДЕНИЕ

Антипсихотики первого и второго поколений оказывают фармакологическое воздействие на дофаминергическую систему головного мозга, дисфункция которой является причиной формирования как позитивных, так и негативных симптомов шизофрении [1, 2, 3]. Безусловно, выра-

женность клинического эффекта во многом зависит от механизма действия используемого антипсихотического препарата. В то же время вариабельность влияния нейролептиков на симптомы шизофрении может объясняться клиническим полиморфизмом и генетической гетерогенностью пациентов [4, 5].

Показано, что дофамин  $\beta$ -гидроксилаза (D $\beta$ H) катализирует окислительное гидроксирование дофамина до норадреналина – ключевого нейромедиатора центральной и периферической нервной системы. D $\beta$ H поступает в плазму после везикулярного высвобождения из симпатических нейронов и мозгового вещества надпочечников [6]. Активность D $\beta$ H в плазме крови неодинакова среди индивидуумов и генетически контролируется [7]. Известно, что активность D $\beta$ H в плазме крови изменяется при различных нервно-психических заболеваниях, в том числе и у больных, страдающих шизофренией [6, 8].

Ген, кодирующий D $\beta$ H, локализован в хромосоме 9. Публикуемые исследования полиморфизмов гена D $\beta$ H у больных шизофренией немногочисленны и их данные противоречивы. Так, одни авторы указывают на связь полиморфизмов гена D $\beta$ H с шизофренией, а другие – её отрицают [9, 10]. При этом обнаружены корреляции некоторых полиморфизмов гена D $\beta$ H с симптомами шизофрении [11, 12]. Однако SNP rs1611115 (C-1021T) у больных шизофренией изучен недостаточно.

#### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение ассоциации полиморфизма гена D $\beta$ H rs1611115 (C-1021T) с выраженностью симптомов шизофрении у больных с первым эпизодом шизофрении в процессе терапии галоперидолом и рисперидоном.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациенты, включенные в исследовательскую выборку, находились на лечении в ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» Забайкальского края.

Критерии включения: европеоидная раса больных и представителей группы контроля, проживание больных и добровольцев на территории Забайкальского края, диагноз «Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года» (F20.09) (выставленный согласно критериями МКБ-10), общий балл не менее 80 по Шкале позитивных и негативных синдромов (The Positive and Negative Syndrome Scale). Критерии исключения: сопутствующие соматические заболевания (острые или обострение хронических), патология центральной нервной системы, потребление психоактивных веществ, беременность и период лактации.

Всего в исследование вошло 212 пациентов основной группы, из них 110 больных мужского пола и 112 – женского пола.

Группу контроля составили 152 человека, которые были сопоставимы по возрасту, полу и социальной принадлежности с исследуемыми больными.

Были сформированы две клинические группы:

1-я группа (n=105) – больные, которые принимали галоперидол. Средняя суточная доза составила  $14,7 \pm 2,3$  мг. При возникновении экстрапирамидных расстройств в схему лечения включался тригексефенидил (средняя суточная доза  $4,3 \pm 0,9$  мг).

2-я группа (n=107) – пациенты, которые получали лечение рисперидоном. Суточная доза рисперидона составила  $5,9 \pm 1,4$  мг. Для купирования нейролептического синдрома использовался тригексефенидил (средняя суточная доза  $3,6 \pm 0,7$  мг).

Оценка актуального психического состояния больных осуществлялась при помощи клинико-психопатологического метода. Для более объективного анализа психического статуса использовалась Шкала позитивных и негативных синдромов (The Positive and Negative Syndrome Scale), для оценки симптомов применялось структурированное клиническое интервью для Шкалы позитивных и негативных синдромов (SCI-PANSS). Оценка по шкале PANSS производилась в 4 точках: до начала терапии, на 2-й, 4-й и 8-й неделях терапии. При этом изучалась разница выраженности симптомов при терапии галоперидолом или рисперидоном в зависимости от генотипа SNP rs1611115 (C-1021T).

Взятие венозной крови из кубитальной вены осуществлялось натощак, в одно и то же утреннее время (08.00). Молекулярно-генетические исследования проведены на базе лаборатории молекулярной генетики Научно-исследовательского института молекулярной медицины ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России.

Геномную ДНК человека выделяли из лейкоцитов цельной крови с помощью реагента «ДНК-экспресс-кровь» (производитель НПФ «Литех», г. Москва). С образцом выделенной ДНК параллельно проводили две реакции амплификации с двумя парами аллель-специфичных праймеров при помощи термоциклера «МахуGene» (США) с последующей электрофоретической детекцией продуктов. Выявление полиморфизма D $\beta$ H C-1021T rs1611115 в геноме человека методом ПЦР осуществляли с помощью реагентов «SNP-экспресс» НПФ «Литех» (г. Москва).

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакетов анализа программ Microsoft Excel 2010 и Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). Для определения популяционного равновесия частот исследуемых генотипов применяли закон Харди–Вайнберга.

При сравнении частот аллелей и генотипов использовали критерий «хи-квадрат» Пирсона ( $\chi^2$ ), статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

Предрасположенность к развитию патологии оценивали по величине отношения шансов (odds ratio, OR): отношение шанса события в одной группе к шансу события в другой группе с расчетом 95% доверительного интервала (CI 95%) по методу Б. Вульфа.

Применялись непараметрические методы статистической обработки данных. Описательная статистика изучаемых параметров представлена медианой и межквартильным интервалом (25-го, 75-го перцентилей). Сравнение независимых выборок производилось при помощи U-критерия Манна-Уитни, для сравнения двух зависимых

групп по одному признаку применялся Т-критерий Вилкоксона. Статистически значимыми различия считались при  $p < 0,05$ .

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное молекулярно-генетическое исследование позволило обнаружить все искомые генотипы SNP rs161115 (C-1021T), при этом распределение их частот соответствовало закону Харди-Вайнберга ( $p > 0,05$ ) (табл. 1).

При сравнении частот генотипов и аллелей SNP rs161115 (C-1021T) мы обнаружили статистически значимые различия между группой больных и группой контроля (табл. 2).

Т а б л и ц а 1. Соответствие генотипов SNP DBH (rs161115) равновесию Харди-Вайнберга

Группа	Генотип	Наблюдаемые частоты	HWE	$\chi^2$	p
Основная (F20.09), n=212	C/C	0,679	0,694	0,253	0,882
	C/T	0,298	0,278		
	T/T	0,023	0,028		
Контроля, n=152	C/C	0,532	0,543	0,368	0,736
	C/T	0,409	0,388		
	T/T	0,059	0,069		

Примечание: n – количество обследованных, HWE – ожидаемые частоты по закону Харди-Вайнберга,  $\chi^2$  – хи-квадрат, p – уровень значимости различий между группами.

Т а б л и ц а 2. Сравнительное сопоставление частот генотипов и аллелей SNP DBH (C1021T, rs161115) в основной и контрольной группах

Генотипы и аллели	Основная группа (F20.09) n=212	Группа контроля n=152	$\chi^2$	p	OR (95% CI)
C/C	0,660	0,543	9,15	<b>0,01</b>	1,85 (1,21-2,85)
C/T	0,316	0,404			0,61 (0,40-0,95)
T/T	0,024	0,053			0,38 (0,13-1,17)
C	0,833	0,737	5,20	<b>0,02</b>	1,81 (1,08-3,01)
T	0,167	0,263			0,55 (0,33-0,92)

Примечание: n – количество обследованных,  $\chi^2$  – хи-квадрат, p – уровень значимости различий между группами, OR – отношение шансов, 95% CI – 95 % доверительный интервал OR. Жирным шрифтом выделены значимые результаты.

У больных шизофренией встречаемость C/C-генотипа SNP DBH (rs161115) зафиксирована в 1,2 раза чаще по сравнению с группой контроля ( $p=0,01$ ), для носителей данного генотипа относительный риск вероятности развития заболевания составил 1,85. Носители C/T-генотипа регистрировались в 1,3 раза чаще в группе контроля, для них шанс развития шизофрении составил 0,61. С более высокой частотой в 1,13 раза ( $p=0,02$ ) аллель C был обнаружен в основной группе больных шизофренией по сравнению с группой контроля (табл. 2).

Следовательно, для обладателей референсного аллеля C OR было равно 1,81, для носителей мутантного аллеля T OR составило 0,55.

В связи с редкой встречаемостью носителей генотипа T/T в группе больных и группе контроля, а также для усиления размера (объема) выборки носители генотипов C/T и T/T были объединены в одну группу – C/T+T/T.

Все пациенты, включенные в исследование, находились в остром психотическом состоянии (общий балл по Шкале PANSS более 90). В клинической картине психотических расстройств галлюцинаторно-бредовая симптоматика встречалась чаще всего (68%), аффективно-параноидные расстройства были диагностированы у 21%, а параноидные – у 11% больных.

При сопоставлении выраженности симптомов между носителями различных генотипов SNP rs161115 (C-1021T) было обнаружено, что негативные и общие симптомы статистически не различались между носителями генотипов C/C и C/T+T/T ( $p=0,148$  и  $p=0,781$  соответственно). В то же время у носителей генотипов C/T+T/T балл позитивных симптомов был выше по сравнению с носителями генотипа C/C ( $p=0,003$ ). Общий балл статистически не отличался между носителями разных генотипов ( $p=0,775$ ) (табл. 3).

Таблица 3. Симптомы шизофрении по шкале PANSS у больных с первым эпизодом шизофрении в зависимости от генотипов SNP DβH (rs161115) – Me (25-й, 75-й)

Параметр	C/C (n=144)	C/T+T/T (n=68)	p
Позитивные симптомы	26,0 (24,0; 30,0)	28,0 (25,0; 32,0)	<b>p=0,003</b>
Негативные симптомы	20,0 (17,0; 23,0)	20,0 (16,0; 22,0)	p=0,148
Общие симптомы	50,0 (46,0; 54,0)	50,0 (46,0; 56,0)	p=0,781
Общий балл	97,0 (90,0; 105,0)	97,0 (92,0; 105,0)	p=0,755

Примечание: n – число обследованных; p – уровень статистической значимости пациентов в зависимости от генотипа (критерий Манна-Уитни). Жирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

Несмотря на то что у носителей генотипов СТ+Т/Т позитивные симптомы были более выраженными до начала лечения, динамика их снижения происходила быстрее, чем у носителей генотипа С/С в обеих клинических группах. На 4-й неделе лечения балл позитивных симптомов у носителей генотипа С/С превысил аналогичный показатель у носителей генотипов СТ+Т/Т ( $p < 0,05$ ). В конце 8-й недели балл позитивных симптомов не различался между носителями генотипов С/С и СТ+Т/Т при терапии как галоперидолом, так и рисперидоном ( $p = 0,179$  и  $p = 0,266$ ) (табл. 4 и 5). Динамика редукции общих симптомов на обоих видах лечения у носителей генотипов СТ+Т/Т также была более выраженной: на 4-й и 8-й неделях терапии балл общих симптомов у носителей генотипов СТ+Т/Т был меньше по сравнению с носителями генотипа С/С ( $p < 0,05$ ).

В группе больных, принимавших галоперидол, на 2-й неделе терапии у носителей генотипа С/С негативные симптомы увеличились, а у носителей генотипов СТ+Т/Т не изменились. Снижение выраженности негативных симптомов в обеих клинических группах произошло только к концу 8-й недели лечения. Однако со 2-й недели терапии появились статистические отличия по баллу нега-

тивных симптомов между носителями разных генотипов ( $p = 0,020$ ). К концу 8-й недели терапии галоперидолом негативные симптомы были менее выраженными у носителей генотипа СТ+Т/Т ( $p = 0,039$ ) (табл. 4). У больных, получавших лечение рисперидоном, динамика изменений негативных симптомов не различалась между носителями генотипов С/С и СТ+Т/Т ( $p > 0,05$ ) (табл. 5).

Обнаружены различия в распределении частот генотипов между больными и группой контроля. Публикуемые данные о связи полиморфизмов гена DβH с развитием шизофрении противоречивы. Китайские исследователи в одной популяции обнаружили эту ассоциацию, а в другой – нет [13]. У больных шизофренией еще до начала лечения позитивные симптомы по шкале PANSS преобладали у носителей генотипов СТ+Т/Т. Также у носителей этих генотипов при терапии галоперидолом и рисперидоном быстрее редуцировались позитивные и общие симптомы, а при использовании галоперидола – негативные. Зарубежные исследователи описывают у больных шизофренией связь SNP rs161115 (C-1021T) с психопатологическими симптомами, когнитивными нарушениями и выраженностью проявлений поздней лекарственной дискинезии [11, 14].

Таблица 4. Симптомы шизофрении по шкале PANSS у больных с первым эпизодом шизофрении, носителей различных генотипов SNP DβH (rs161115) при терапии галоперидолом – Me (25-й, 75-й)

Параметр	До начала терапии		2-я неделя терапии		4-я неделя терапии		8-я неделя терапии	
	C/C (n=71)	C/T+T/T (n=35)	C/C (n=71)	C/T+T/T (n=35)	C/C (n=71)	C/T+T/T (n=35)	C/C (n=71)	C/T+T/T (n=35)
Позитивные симптомы	26,0 25,0; 29,5	29,0 26,0; 31,0 <b>p=0,018</b>	19,0 17,0; 21,5 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	18,5 16,0; 22,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	14,0 13,0; 16,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	13,0 13,0; 15,0 <b>p=0,006</b> <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	9,0 9,0; 10,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	9,0 9,0; 9,0 <b>p=0,179</b> <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>
Негативные симптомы	20,0 17,0; 23,0	19,0 15,0; 22,0 <b>p=0,133</b>	21,0 19,0; 23,0 <b>p<sub>1</sub>=0,001</b>	19,5 15,0; 22,0 <b>p=0,020</b> <b>p<sub>1</sub>=0,272</b>	20,0 16,0; 22,5 <b>p<sub>1</sub>=0,242</b>	19,0 13,0; 21,0 <b>p=0,039</b> <b>p<sub>1</sub>=0,085</b>	19,0 15,0; 21,5 <b>p<sub>1</sub>=0,006</b>	17,5 13,0; 20,0 <b>p=0,039</b> <b>p<sub>1</sub>=0,002</b>
Общие симптомы	50,0 45,5; 55,0	51,0 47,0; 56,0 <b>p=0,362</b>	41,0 37,0; 44,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	40,0 36,0; 45,0 <b>p=0,418</b> <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	30,0 27,0; 34,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	27,5 25,0; 30,0 <b>p=0,023</b> <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	20,0 20,0; 22,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	20,0 18,0; 21,0 <b>p=0,049</b> <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>
Общий балл	96,0 90,0; 105,0	97,0 92,0; 104,0 <b>p=0,729</b>	80,5 74,5; 86,5 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	78,5 71,0; 84,0 <b>p=0,158</b> <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	63,0 56,0; 70,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	59,5 52,0; 68,0 <b>p=0,069</b> <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	49,0 44,0; 53,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	46,5 40,0; 50,0 <b>p=0,175</b> <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>

Примечание: n – число обследованных; p – уровень статистической значимости различий между показателями в группах с различными генотипами (критерий Манна-Уитни); p<sub>1</sub> – уровень статистической значимости различий между группами до лечения (критерий Вилкоксона). Жирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

Т а б л и ц а 5. Симптомы шизофрении по шкале PANSS у больных с первым эпизодом шизофрении, носителей различных генотипа SNP DβH (rs1611115) при терапии рисперидоном – Me (25-й, 75-й)

Параметр	До начала терапии		2-я неделя терапии		4-я неделя терапии		8-я неделя терапии	
	С/С (n=73)	С/Т+Т/Т (n=33)	С/С (n=73)	С/Т+Т/Т (n=33)	С/С (n=73)	С/Т+Т/Т (n=33)	С/С (n=73)	С/Т+Т/Т (n=33)
Позитивные симптомы	24,0 23,0; 30,0	26,0 24,0; 34,0 <b>p=0,039</b>	17,0 16,0; 20,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	18,0 15,0; 20,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	13,5 13,0; 15,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	13,0 9,0; 15,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	9,0 9,0; 9,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	9,0 9,0; 9,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>
Негативные симптомы	21,0 17,0; 23,0	20,0 18,0; 23,0 <b>p=0,726</b>	21,0 17,0; 23,0 <b>p<sub>1</sub>=0,221</b>	19,0 17,0; 22,0 <b>p<sub>1</sub>=0,427</b>	18,0 15,0; 20,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	16,0 14,0; 21,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	13,0 12,0; 18,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	14,0 11,0; 17,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>
Общие симптомы	50,0 47,0; 54,0	50,0 45,0; 55,0 <b>p=0,617</b>	41,0 38,0; 44,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	39,0 37,0; 44,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	28,0 25,0; 34,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	26,0 23,0; 38,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	20,0 19,0; 22,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	19,0 18,0; 20,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>
Общий балл	97,0 92,0; 104,0	97,0 92,0; 105,0 <b>p=0,952</b>	81,0 72,0; 85,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	76,0 72,0; 83,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	59,0 52,0; 70,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	57,0 48,0; 62,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	43,0 40,0; 48,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>	43,0 38,0; 46,0 <b>p<sub>1</sub>=0,00000</b>

Примечание: n – число обследованных; p – уровень статистической значимости различий между показателями в группах с различными генотипами (критерий Манна-Уитни); p<sub>1</sub> – уровень статистической значимости различий между группами до лечения (критерий Вилкоксона). Жирным шрифтом выделены статистически значимые различия.

Показана ассоциированность SNP rs1611115 (С-1021Т) с активностью дофамина β-гидроксилазы плазмы крови [15, 16]. Поскольку DβH может оказывать модулирующее влияние на дофаминергическую и норадренергическую системы мозга, не исключено, что изменение её активности связано с симптомами шизофрении и их динамикой в процессе антипсихотической терапии. Это предположение требует расширения вектора дальнейших исследований, теоретико-практического осмысления и интерпретации полученных данных.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в соответствии с результатами исследования выявлены статистически значимые различия между частотой генотипов и аллелей SNP rs1611115 (С-1021Т) у больных шизофренией и здоровых людей, проживающих на территории Забайкальского края. Так, среди пациентов с первым эпизодом шизофрении в 1,13 раза чаще встречались носители нормального аллеля С SNP DβH rs1611115 (С-1021Т), у которых степень риска развития психотического заболевания был увеличенной в 1,8 раза.

Были установлены различия выраженности психопатологических симптомов шизофрении и их редукции в ходе терапии антипсихотическими средствами между носителями генотипов С/С и С/Т+Т/Т SNP rs1611115 (С-1021Т). Дальнейшие фармакогенетические исследования позволят более углубленно изучить механизмы действия антипсихотических препаратов и разработать новые технологии с позиций индивидуального подхода к их применению.

#### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

#### ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование не имело спонсорской поддержки и выполнялось в рамках Государственного задания Министерства здравоохранения Российской Федерации на осуществление научных исследований и разработок.

#### СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

В работе соблюдались этические принципы, предьявляемые Хельсинкской Декларацией ВМА и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава РФ № 66 от 19.06.2003 г. Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России 22.01.2016 г., протокол № 76. От всех участников исследования получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

#### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Мосолов С.Н. Современная антипсихотическая фармакотерапия шизофрении. Русский медицинский журнал. 2004; 12 (10): 646-652. Mosolov SN. Modern antipsychotic pharmacotherapy for schizophrenia. Russian Medical Journal. 2004; 12(10):646-652 (in Russian).

2. Carlsson A, Carlsson ML. A dopaminergic deficit hypothesis of schizophrenia: the path to discovery. *Dialogues Clin Neurosci.* 2006;8(1):137-42. doi: 10.31887/DCNS.2006.8.1/acarlsson
3. Gaebel W, Zielasek J. Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2015 Nov;69(11):661-73. doi: 10.1111/pcn.12322
4. Кибитов А.О., Иващенко Д.В., Сычев Д.А. Фармакогенетический подход к повышению эффективности и безопасности антипсихотической фармакотерапии шизофрении. *Современная терапия психических расстройств.* 2017; 1: 2-13. Kibitov A.O., Ivashchenko D.V., Sychev D.A. Pharmacogenetic approach to increase efficacy and safety of schizophrenia treatment with antipsychotics. *Modern Therapy of Mental Disorders.* 2017;1:2-13 (in Russian). doi: 10.21265/PSYPH.2017.40.4982
5. Бочарова А.В., Степанов В.А., Марусин А.В., Харьков В.Н., Вагайцева К.В., Федоренко О.Ю., Бохан Н.А., Семке А.В., Иванова С.А. Анализ ассоциаций генетических маркеров шизофрении и ее когнитивных эндофенотипов. *Генетика.* 2017; 53(1): 100-108. Bocharova AV, Stepanov VA, Marusin AV, Kharkov VN, Vagaytseva KV, Fedorenko OYu, Bokhan NA, Semke AV, Ivanova SA. Association study of genetic markers of schizophrenia and its cognitive endophenotypes (in Russian). *Genetics.* 2017; 53 (1): 100-108 doi: 10.7868/S0016675817010039
6. Gonzalez-Lopez E, Vrana KE. Dopamine beta-hydroxylase and its genetic variants in human health and disease. *J Neurochem.* 2020 Jan;152(2):157-181. doi: 10.1111/jnc.14893
7. Cubells JF, Sun X, Li W, Bonsall RW, McGrath JA, Avramopoulos D, Lasseter VK, Wolyniec PS, Tang YL, Mercer K, Pulver AE, Elston RC. Linkage analysis of plasma dopamine  $\beta$ -hydroxylase activity in families of patients with schizophrenia. *Hum Genet.* 2011;130(5):635-43. doi: 10.1007/s00439-011-0989-6
8. Punaichira TJ, Deshpande SN, Thelma BK. Determination of Dopamine- $\beta$ -hydroxylase Activity in Human Serum Using UHPLC-PDA Detection. *Neurochem Res.* 2018 Dec;43(12):2324-2332. doi: 10.1007/s11064-018-2653-1
9. Long J, Huang G, Liang B, Ling W, Guo X, Jiang J, Su L. The dopamine beta-hydroxylase gene polymorphism rs1611114 is associated with schizophrenia in the Chinese Zhuang but not Chinese Han population. *Mol Genet Genomics.* 2016 Oct;291(5):1813-21. doi: 10.1007/s00438-016-1221-0
10. Shakiba M, Hashemi M, Shahrabadi S, Rezaei M, Taheri M. Lack of Association Between Dopamine Beta-Hydroxylase (DBH) 19-bp Insertion/Deletion Polymorphism and Risk of Schizophrenia. *Iran J Psychiatry.* 2016 Oct;11(4):239-243. PMID: 28050184; PMCID: PMC5206326.
11. Hui L, Zhang X, Huang XF, Han M, Fernandez F, Yu Y, Sun S, Li W, Chen DC, Xiu MH, Kosten TR, Zhang XY. The dopamine b-hydroxylase 19 bp insertion/deletion polymorphism was associated with first-episode but not medicated chronic schizophrenia. *J Psychiatr Res.* 2012 June; 46(6):733-737. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.02.016
12. Hui L, Han M, Huang XF, Ye MJ, Zhang X, He JC, Lv MH, Soares JC, Zhang XY. Association between DBH 5'-insertion/deletion polymorphism and cognition in patients with chronic schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2016 Mar;77(3):379-85. doi: 10.4088/JCP.14m09629
13. Long J, Huang G, Liang B, Ling W, Guo X, Jiang J, Su L. The dopamine beta-hydroxylase gene polymorphism rs1611114 is associated with schizophrenia in the Chinese Zhuang but not Chinese Han population. *Mol Genet Genomics.* 2016 Oct;291(5):1813-21. doi: 10.1007/s00438-016-1221-0
14. Punaichira TJ, Mukhopadhyay A, Kukshal P, Bhatia T, Deshpande SN, Thelma BK. Association of regulatory variants of dopamine  $\beta$ -hydroxylase with cognition and tardive dyskinesia in schizophrenia subjects. *J Psychopharmacol.* 2020 Mar;34(3):358-369. doi: 10.1177/0269881119895539
15. Cubells JF, Sun X, Li W, Bonsall RW, McGrath JA, Avramopoulos D, Lasseter VK, Wolyniec PS, Tang YL, Mercer K, Pulver AE, Elston RC. Linkage analysis of plasma dopamine  $\beta$ -hydroxylase activity in families of patients with schizophrenia. *Hum Genet.* 2011 Nov;130(5):635-43. doi: 10.1007/s00439-011-0989-6
16. Sun Z, Ma Y, Li W, He J, Li J, Yang X, Mao P, Cubells JF, Tang YL. Associations between the DBH gene, plasma dopamine  $\beta$ -hydroxylase activity and cognitive measures in Han Chinese patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2018 Mar;193:58-63. doi: 10.1016/j.schres.2017.06.028

Поступила в редакцию 25.12.2020  
Утверждена к печати 03.03.2021

Озорнин Александр Сергеевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, заведующий отделением клиники первого психотического эпизода ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» (Чита). Author ID РИНЦ 769509.

Говорин Николай Васильевич – Депутат Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, Заслуженный врач Российской Федерации, профессор, доктор медицинский наук. Author ID РИНЦ 298637. govorin-nik@ya.ru

Сахаров Анатолий Васильевич – доктор медицинских наук, доцент, первый проректор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России. Author ID РИНЦ 556868. Author ID Scopus 57201327574. Researcher ID WoS N-4261-2016. sakharov-chita@yandex.ru

Дутова Анастасия Алексеевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории молекулярной генетики НИИ молекулярной медицины ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России. Author ID РИНЦ 636504. dutova.nastya75@yandex.ru

✉ Озорнин Александр Сергеевич, aozor@yandex.ru

UDC 616.895.87-055.1-055.2:615.214:575.113:575.113.2:575.174.015.3-042.62

For citation: Ozornin A.S., Govorin N.V., Sakharov A.V., Dutova A.S. Study of the association between dopamine beta-hydroxylase gene rs161115 (C-1021T) polymorphism and schizophrenia symptoms in antipsychotic therapy. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2021; 1 (110): 5–12. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-5-12](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-5-12)

## Study of the association between dopamine beta-hydroxylase gene rs161115 (C-1021T) polymorphism and schizophrenia symptoms in antipsychotic therapy

Ozornin A.S.<sup>1, 2</sup>, Govorin N.V.<sup>3</sup>, Sakharov A.V.<sup>1</sup>, Dutova A.S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Chita State Medical Academy  
Gorky Street 39A, 672090, Chita, Russian Federation

<sup>2</sup> V.Kh. Kandinsky Regional Clinical Psychiatric Hospital  
District Passage no. 3, 672042, Chita, Russian Federation

<sup>3</sup> State Duma of the Federal Assembly of the Russian Federation  
Okhotny Ryad Street 1, 103265, Moscow, Russian Federation

### ABSTRACT

It is known that disturbances in the functioning of the dopaminergic and noradrenergic systems of the brain are involved in the mechanisms of the development of schizophrenia. An important enzyme involved in the metabolism of dopamine and norepinephrine is dopamine- $\beta$ -hydroxylase. The established change in the activity of this enzyme in patients with schizophrenia may be due to genetic characteristics. **Objective:** to study the association of the rs161115 (C-1021T) dopamine- $\beta$ -hydroxylase gene polymorphism with the severity of schizophrenia symptoms in patients with the first episode of schizophrenia during therapy with haloperidol and risperidone. **Material and Methods.** In total, the study included 212 patients of the main group, including 110 men and 112 women. All patients in accordance with ICD-10 were diagnosed with paranoid schizophrenia, follow-up period lasted less than one year, F20.09. The study sample was divided into two clinical groups: group 1 (n=105) – patients took haloperidol, group 2 (n=107) – patients were prescribed risperidone. The control group consisted of 152 people. Human genomic DNA was isolated from whole blood leukocytes. SNP analysis DBH C-1021T rs161115 was performed by polymerase chain reaction. **Results.** In patients with schizophrenia, carriers of the reference allele C SNP DBH rs161115 (C-1021T) were 1.13 times more likely to be present, in whom the risk of developing the disease was 1.8 times increased. It was found that in carriers of the C/T+T/T SNP rs161115 (C-1021T) genotypes, positive symptoms of schizophrenia were more pronounced than in carriers of the C/C genotype. In carriers of these genotypes, with haloperidol and risperidone therapy, positive and general symptoms were reduced in a shorter time, and with haloperidol - negative ones. **Conclusion.** Our data demonstrate the possible role of dopamine- $\beta$ -hydroxylase genetic defects in the mechanisms of schizophrenia development. At the same time, the severity of clinical symptoms in patients with the first episode of schizophrenia before the start of treatment and their dynamics during antipsychotic therapy are also associated with the dopamine  $\beta$ -hydroxylase SNP rs161115 (C-1021T).

**Keywords:** positive and negative symptoms of schizophrenia, therapy of patients with the first episode of schizophrenia, antipsychotics, dopamine- $\beta$ -hydroxylase gene polymorphism.

Received December 25.2020

Accepted March 03.2021

Ozornin Alexander S. – PhD, associate professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Chita State Medical Academy, head of the department of the clinic of the first psychotic episode, V.Kh. Kandinsky Regional Clinical Psychiatric Hospital, Chita, Russian Federation. RSCI Author ID 769509.

Govorin Nikolay V. – Deputy of the State Duma of the Federal Assembly of the Russian Federation, Honored Doctor of the Russian Federation, Prof, MD. RSCI Author ID 298637. govorin-nik@ya.ru

Sakharov Anatoly V. – MD, associate professor, first vice-rector, head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Chita State Medical Academy, Chita, Russian Federation. RSCI Author ID 556868. Author ID Scopus 57201327574. ResearcherID N-4261-2016. sakharov-chita@yandex.ru

Dutova Anastasiia A. – PhD, senior researcher of the Laboratory of Molecular Genetics, Research Institute of Molecular Medicine, Chita State Medical Academy, Chita, Russian Federation. RSCI Author ID 636504. dutova.nastya75@yandex.ru

✉ Ozornin Alexander S., aozor@yandex.ru

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.895.8:616.89-008.43-056.34:615.214:616-036.86-044.332

Для цитирования: Гончарова А.А. Определение адаптационных ресурсов в процессе реабилитации больных шизофренией с акатизией на фоне антипсихотической терапии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2021; 1 (110): 13–18. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-13-18](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-13-18)

## Определение адаптационных ресурсов в процессе реабилитации больных шизофренией с акатизией на фоне антипсихотической терапии

**Гончарова А.А.**

*НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук  
Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4*

### РЕЗЮМЕ

Антипсихотическая терапия обладает высокими психофармакотерапевтическими возможностями в лечении шизофрении, в поддержании уровня социального функционирования пациентов. Актуальной тематикой представляется уточнение адаптационного потенциала у больных шизофренией с двигательными нежелательными явлениями, а именно с акатизией. **Цель исследования:** изучить адаптационные возможности больных шизофренией с акатизией на фоне проводимой антипсихотической терапии. **Материалы и методы.** Проведено обследование 250 больных шизофренией, пролеченных стационарно. Все пациенты обследованы с использованием шкалы Барнса для оценки акатизии (BARS). Оценка адаптации осуществлялась по методике Г.В. Логвинович. Оценка адаптации и уровня социального функционирования проводилась с использованием самоопросника SASS. **Результаты и обсуждение.** У пациентов с акатизией выявлено формирование неблагоприятных типов адаптации, в то время как у больных без акатизии обнаружены благоприятные типы адаптации. Возникновение акатизии приводило к снижению субъективной оценки социального функционирования и адаптации по шкале SASS при длительной госпитализации.

**Ключевые слова:** шизофрения, акатизия, типы адаптации, типы компенсаторно-приспособительной защиты, госпитализм, антипсихотики, психосоциальная реабилитация.

### ВВЕДЕНИЕ

Шизофрения является общемировой проблемой системы здравоохранения, что связано с её широкой распространенностью и прогрессивным течением, приводящим к инвалидизации, затрагивающим все сферы жизни больных, включая здоровье, работу, семейные отношения, самореализацию и пр., характеризующимся снижением социальной адаптации и уровня социального функционирования [1]. Достижение клинической ремиссии в первые годы заболевания, как правило, ассоциировано с улучшением функционирования пациента, однако в последующие годы пациенты продолжают демонстрировать снижение социальной и духовной сфер [2, 3].

На современном этапе использование в лечении шизофрении антипсихотических препаратов является ключевым фактором в сохранении и поддержании уровня социального функционирования и адаптации в совокупности с другими немедикаментозными методами реабилитации [4]. В частности было показано, что качество

адаптации пациентов с шизофренией непосредственно связано с медикаментозным комплаенсом, а именно пациенты, которые соблюдают режим терапии, формируют благоприятные типы адаптации и компенсаторно-приспособительных защит [5].

В то же время назначение антипсихотических препаратов на всем протяжении заболевания сопряжено с риском развития двигательных нежелательных явлений [6, 7], среди которых акатизия встречается наиболее часто [8]. Возникновение побочных эффектов на фоне приема антипсихотиков является основной причиной отказа от терапии; как отмечают сами пациенты, негативные последствия нарушают их «нормальную жизнь», в первую очередь приводят к снижению их адаптации в основных сферах жизнедеятельности [9]. Однако в более раннем исследовании группа авторов не обнаружила связи со снижением к приверженности или отказом от терапии на фоне развития двигательных нарушений в первые полгода лечения [10].

Обнаружено, что двигательные нежелательные эффекты на фоне антипсихотической терапии у больных шизофренией увеличивают длительность и частоту госпитализаций, что приводит не только к формированию явлений госпитализма, но и вызывает снижение качества жизни [11] и нарушение социальной адаптации [12]. В совокупности эти негативные явления определяют необходимость изучения и уточнения адаптационных возможностей и особенностей у больных шизофренией с акатизией.

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить адаптационно-ресурсный потенциал больных шизофренией с акатизией на фоне антипсихотической терапии.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на базе клиники ФГБНУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья», Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН и КГУЗ Кемеровской области «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница».

Было обследовано 250 пациентов с верифицированным диагнозом шизофрении на основании диагностических критериев МКБ-10 [13]. Все пациенты в период проведения исследования получали базисную антипсихотическую терапию в стандартных дозировках, одобренных Минздравом России. Далее приведены основные характеристики исследовательской выборки: распределение по полу – 135 мужчин и 115 женщин, средний возраст – 40 [32; 50] лет, средний возраст начала заболевания – 23 [19; 30] года и длительность заболевания шизофренией – 13 [7; 22] лет.

Все пациенты обследованы с использованием шкалы оценки акатизии Барнса (Barnes Akathisia Rating Scale – BARS) [14]. Пациенты из основной выборки были разделены на две группы: лица с акатизией – 92 (36,8%) и лица без акатизии – 158 (63,2%). Обе группы исследования были сопоставимы по половозрастным характеристикам. Выявленная тяжесть клинико-психопатологической симптоматики по шкале позитивных и негатив-

ных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) [15] в двух сформированных группах не различалась ( $p=0,13$ ): для пациентов с акатизией общая балльная оценка составила 102 [91; 112], без акатизии – 105 [95; 112].

Оценка адаптации выполнена согласно методике Г.В. Логвинович с установлением типа компенсаторно-приспособительной реакции и типа адаптации [16].

Психометрическая оценка уровня адаптации и социального функционирования произведена с использованием самоопросника – шкалы самооценки социальной адаптации (The Social Adaptation Self-Evaluation Scale – SASS) [17].

По результатам SASS на основании суммы общего балла определялся уровень адаптации и социального функционирования: от 0 до 22 баллов оценивается как выраженное снижение, от 23 до 34 баллов – неудовлетворительная оценка, от 35 до 55 – высокая оценка. Подобным образом было обследовано 234 пациента, способных по состоянию зрения самостоятельно заполнить самоопросник, среди обследованных по данной шкале у 88 пациентов (37,6 %) была выявлена акатизия, у 146 пациентов (62,4 %) акатизия не регистрировалась.

Частота обращения за психиатрической помощью оценена в период за последние два года: госпитализация в психиатрический стационар реже 1 раза в год, 1 раз в год, более 1 раза в год, лица без выписки.

Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения Statistica for Windows (V. 12.0).

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В соответствии с целью исследования оценивалась адаптация у больных шизофренией с акатизией и без акатизии на основании установленных типов компенсаторно-приспособительной защиты. При проведении попарного сравнения статистически значимые различия ( $p>0,05$ ) в группах исследования не были установлены (табл. 1).

Т а б л и ц а 1. Типы индивидуальных компенсаторно-приспособительных защит у пациентов с акатизией и без акатизии

Тип компенсаторно-приспособительной защиты	Пациенты с акатизией		Пациенты без акатизии		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Гуттаперчевая капсула	19	20,7	28	17,8	47	18,8
Экологическая ниша	12	13,0	30	19,1	42	16,8
Социальная оппозиция	6	6,5	14	8,9	20	8,0
Укрытие под опекой	55	59,8	86	54,2	141	56,4
Итого	92	100,0	158	100,0	250	100,0

Следует отметить, что как для пациентов с акатизией, так и без неё было характерно преобладание неблагоприятных типов компенсаторно-приспособительных защит: укрытие под опекой и

социальная оппозиция, что в целом демонстрирует снижение адаптивности в обществе и устойчивости к факторам окружающей среды при шизофрении.

Снижение адаптивных возможностей, вероятно, обусловлено течением основного заболевания, а именно наличием негативного симптомокомплекса и нейрокогнитивных нарушений при шизофрении [18]. Болезнь негативно влияет на способность пациентов получать образование, овладевать профессиональными навыками, что в последующем связывают с достаточно высоким

уровнем безработности, которая может достигать 90% [19].

На следующем этапе исследования была осуществлена оценка типов адаптации, что позволило в совокупности оценить уровень клинической и социальной адаптации. При проведении попарного сравнения были установлены статистически значимые различия ( $p < 0,01$ ) (табл. 2).

**Т а б л и ц а 2. Типы социальной адаптации у пациентов с акатизией и без акатизии**

Тип социальной адаптации	Пациенты с акатизией		Пациенты без акатизии		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Интегративный	0	0,0	80	50,7	80	32,0
Интравертный	13	14,1	65	41,1	78	31,2
Экстравертный	52	56,6	13	8,2	65	26,0
Деструктивный	27	29,3	0	0,0	27	10,8
Итого	92	100,0	158	100,0	250	100,0

Полученные результаты демонстрируют, что для пациентов с акатизией характерно формирование неблагоприятных типов адаптации, а именно деструктивного и экстравертного. В то время как для пациентов без акатизии свойственно структурирование компенсированного типа адаптации – интегративного. Развитие акатизии ранее не рассматривалось как последствие терапевтического воздействия в формировании адаптации наряду с окружающей средой и внутренними патодинамическими предпосылками [16]. Акатизия, как самостоятельный феномен, может приводить к снижению вовлеченности пациентов в психосоциальную реабилитацию, что в будущем трансформируется в нарушение социальной адаптации [20].

В дальнейшем была осуществлена оценка уровня адаптации и социального функционирования по шкале SASS в обеих группах исследования. Для пациентов с акатизией сумма общего

балла по самопроснику составила 34 [26,5; 41] балла, что характеризует их в целом как лиц с неудовлетворительной оценкой. Для больных без акатизии общесуммарный показатель по SASS составлял 36 [30; 42] баллов, что в среднем показывает более высокую оценку адаптации и социального функционирования. Однако статистические различия не были обнаружены ( $p = 0,158$ ).

В таблице 3 представлены результаты субъективной оценки по шкале SASS в группах пациентов с акатизией и без акатизии. Обращает на себя внимание то, что пациенты в обеих группах исследования преимущественно имели высокую субъективную оценку адаптации и социального функционирования, несмотря на наличие или отсутствие развития акатизии на фоне антипсихотической терапии. Статистически значимые различия между группами не были выявлены ( $p > 0,05$ ).

**Т а б л и ц а 3. Распределение пациентов с акатизией и без акатизии согласно результатам субъективной оценки по шкале SASS по уровню социальной адаптации и социального функционирования**

Показатель субъективной оценки по шкале SASS	Пациенты с акатизией		Пациенты без акатизии		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Выраженное снижение	12	13,6	16	10,9	28	11,9
Неудовлетворительная оценка	33	37,5	50	34,3	83	35,5
Высокая оценка	43	48,9	80	54,8	123	52,6
Итого	88	100,0	146	100,0	234	100,0

Развитие двигательных нежелательных эффектов на фоне приема антипсихотиков авторы рассматривают как фактор формирования госпитализма, что связано с удлинением сроков госпитализации и увеличением частоты обращаемости в психиатрический стационар на фоне отказа от приема терапии по причине возникновения побочных явлений [21]. Вследствие этого представляется важной оценка адаптации и социального

функционирования у пациентов с явлениями акатизии в сопоставлении с частотой госпитализаций. По результатам анализа субъективной оценки по шкале SASS было обнаружено, что лица, находящиеся в психиатрическом стационаре и у которых акатизия развивалась на фоне приема антипсихотической терапии, достоверно значимо ( $p = 0,04$ ) имели более низкую оценку по SASS по сравнению с пациентами без акатизии (табл. 4).

**Т а б л и ц а 4. Распределение частоты госпитализаций пациентов с акатизией и без акатизии в зависимости от уровня социальной адаптации и социального функционирования**

Частота госпитализаций	Группа пациентов	Балл по шкале SASS	p
Реже 1 раза в год	Пациенты с акатизией	38 [27; 40]	0,833
	Пациенты без акатизии	36,5 [29; 44]	
1 раз в год	Пациенты с акатизией	37 [31; 41,5]	0,992
	Пациенты без акатизии	35 [30; 43]	
Более 1 раза в год	Пациенты с акатизией	34,5 [26,5; 40]	0,293
	Пациенты без акатизии	37 [31; 41]	
Лица без выписки	Пациенты с акатизией	26 [20; 34]	0,04*
	Пациенты без акатизии	33,5 [27; 40]	

Примечание: \* – обозначены результаты со статистической значимостью.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациенты с акатизией, так же как и больные без акатизии, обнаруживают формирование неадаптивных форм поведения, что подтверждается преобладанием двух ведущих типов компенсаторно-приспособительной защиты – социальная оппозиция и укрытие под опекой.

У больных шизофренией с акатизией выявлены неблагоприятные типы адаптации: деструктивный и экстравертный. В то же время больные без акатизии демонстрировали преимущественно благоприятные типы адаптации: интегративный и интравертный.

Для пациентов, длительно пребывающих на лечении в психиатрическом стационаре, возникновение акатизии приводило к снижению субъективной оценки социального функционирования и адаптации по шкале SASS.

Важным разделом комплексной психореабилитации является осуществление мер по профилактике развития акатизии у больных шизофренией [8], что позволит сохранить и избежать снижения уровня адаптации и социального функционирования.

### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии возможных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

### ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование выполнено за счет бюджетного финансирования темы НИР «Технологии психиатрического сервиса в диагностике и персонализированной терапии больных шизофренией и шизотипическим расстройством» (номер государственной регистрации АААА-А20-120041690010-2) и при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19-315-90010.

### СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

При проведении исследования соблюдены принципы информированного согласия Хельсинкской декларации ВАМ (протокол этического комитета НИИ психического здоровья Томского НИМЦ № 103 от 23 октября 2017 г., дело № 103/1.2017).

### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Корнетова Е.Г., Семке А.В., Корнетов А.Н., Иванова С.А., Лобачева О.А., Семенюк К.А., Бойко А.С., Бохан Н.А. Шизофрения: биопсихосоциальная модель и конституционально-биологический подход. Томск: Изд-во ООО «Интегральный Переплёт», 2018: 174. Kornetova EG, Semke AV, Kornetov AN, Ivanova SA, Lobacheva OA, Semenyuk KA, Boyko AS, Bokhan NA. Schizophrenia: a biopsychosocial model and a constitutional-biological approach. Tomsk: Printing House Integrated Casework, 2018: 174 (in Russian).
2. Корнетова Е.Г., Семке А.В., Корнетов А.Н., Иванова С.А., Лобачева О.А., Семенюк К.А., Бойко А.С., Бохан Н.А. Становление и развитие взглядов на адаптацию больных шизофренией. Глава в книге: Шизофрения: биопсихосоциальная модель и конституционально-биологический подход. Томск: Изд-во ООО «Интегральный Переплёт», 2018: 158-173. Kornetova EG, Semke AV, Kornetov AN, Ivanova SA, Lobacheva OA, Semenyuk KA, Boyko AS, Bokhan NA. Chapter in a book: Formation and development of views of adaptation in patients with schizophrenia (topic in the book). Schizophrenia: a biopsychosocial model and a constitutional-biological approach. Tomsk: Printing House Integrated Casework, 2018: 158-173 (in Russian).
3. Barrios M, Gómez-Benito J, Pino O, Rojo E, Guilera G. Functioning in patients with schizophrenia: A multicentre study evaluating the clinical perspective. *Psychiatry Res.* 2018 Dec;270:1092-1098. doi: 10.1016/j.psychres.2018.05.079
4. Limandri BJ. Long-Acting Injectable Antipsychotic Medications: Why Aren't They Used as Often as Oral Formulations? *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2019 Mar 1;57(3):7-10. doi: 10.3928/02793695-20190218-02
5. Дмитриева Е.Г., Даниленко О.А., Корнетова Е.Г., Семке А.В., Лобачева О.А., Гуткевич Е.В., Каткова М.Н. Комплаенс и его влияние на адаптацию пациентов с шизофренией. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2014; 3(84): 18-23. Dmitrieva EG, Danilenko OA, Kornetova EG, Semke AV, Lobacheva OA, Gutkevich EV, Katkova MA. Influence of compliance on adapta-

- tion of schizophrenic patients. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2014; 3(84):18-23 (in Russian).
6. Корнетова Е.Г., Семке А.В., Дмитриева Е.Г., Бородюк Ю.Н., Бойко А.С. Клинические и социальные факторы риска tardивной дискинезии у пациентов с шизофренией в процессе лечения антипсихотиками. *Бюллетень сибирской медицины*. 2015; 14 (1): 32-39. Kornetova EG, Semke AV, Dmitrieva EG, Borodyuk YuN, Boyko AS. Clinical and social risk factors of tardive dyskinesia in patients with schizophrenia during antipsychotic treatment. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2015; 14(1):32-39. (in Russian). <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2015-1-32-39>
  7. Иванова С.А. Фармакогенетика антипсихотик-индуцированной tardивной дискинезии у больных шизофренией. *Психическое здоровье*. 2018; 16 (4): 19-21. Ivanova SA. Pharmacogenetics of antipsychotic-induced tardive dyskinesia in patients with schizophrenia. *Mental Health*. 2018; 16, 4(143):19-21 (in Russian). doi: 10.25557/2074-014X.2018.04.19-21
  8. Гончарова А.А., Корнетова Е.Г., Лебедева В.Ф., Герасимова В.И., Семке А.В. Акатизия у больных шизофренией в психиатрической практике: Пособие для врачей. Томск: Издательство ООО «Интегральный переплет», 2020:41. Goncharova AA, Kornetova EG, Lebedeva VF, Gerasimova VI, Semke AV. Akathisia in patients with schizophrenia in psychiatric practice: Manual for doctors. Tomsk: Printing House Integrated Casework, 2018: 174 (in Russian).
  9. Ambikile JS, Iseselo MK. Mental health care and delivery system at Temeke hospital in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry*. 2017 Mar 23;17(1):109. doi: 10.1186/s12888-017-1271-9
  10. Czobor P, Van Dorn RA, Citrome L, Kahn RS, Fleischhacker WW, Volavka J. Treatment adherence in schizophrenia: a patient-level meta-analysis of combined CATIE and EUFEST studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2015 Aug;25(8):1158-66. doi: 10.1016/j.euroneuro.2015.04.003
  11. Zhang H, Sun Y, Zhang D, Zhang C, Chen G. Direct medical costs for patients with schizophrenia: a 4-year cohort study from health insurance claims data in Guangzhou city, Southern China. *International Journal of Mental Health Systems*. 2018; 12:72. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0251-x>
  12. Семке А.В., Федоренко О.Ю., Лобачева О.А., Рахмазова Л.Д., Корнетова Е.Г., Смирнова Л.П., Микилев Ф.Ф., Щигорева Ю.Г. Клинические, эпидемиологические и биологические предпосылки адаптации больных шизофренией как основа персонализированного подхода к антипсихотической терапии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 3 (88): 19-25. Semke AV, Fedorenko OYu, Lobacheva OA, Rakhmazova LD, Kornetova EG, Smirnova LP, Mikilev FF, Shchigoreva YuG. Clinical, epidemiological, and biological preconditions of adaptation of patients with schizophrenia as a basis for personalized approach to antipsychotic therapy. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2015; 3(88): 19-25 (in Russian).
  13. World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders – Diagnostic Criteria for Research. Geneva: WHO, 1993. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37108>
  14. Barnes TR. A rating scale for drug-induced akathisia. *Br J Psychiatry*. 1989 May;154:672-6. doi: 10.1192/bjp.154.5.672
  15. Kay SR, Opler LA, Fiszbein A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull*. 1987;13:261-276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
  16. Логвинович Г.В., Семке А.В. Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении. Томск : Изд-во Том. ун-та, 1995: 212. Logvinovich GV, Semke AV. Primary and secondary adaptation disorders in schizophrenia. Tomsk: Publishing House of the Tomsk University, 1995: 212 (in Russian).
  17. Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1997 Apr;7 Suppl 1:S57-70; discussion S71-3. doi: 10.1016/s0924-977x(97)00420-3
  18. Семке А.В., Ветлугина Т.П., Иванова С.А., Рахмазова Л.Д., Гуткевич Е.В., Лобачева О.А., Корнетова Е.Г. Биопсихосоциальные основы и адаптационно-компенсаторные механизмы шизофрении в регионе Сибири. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2009; 5 (56): 15–20. Semke AV, Vetlugina TP, Ivanova SA, Rakhmazova LD, Gutkevich EV, Lobacheva OA, Kornetova EG. Biopsychosocial bases and adaptive-compensatory mechanisms of schizophrenia in region of Siberia. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2009;5(56):15–20 (in Russian).
  19. Strunoiu LM, Strunoiu CM, Chirita AL, Pirlog MC, Tica AA. Factors that Impact Caregivers of Patients with Schizophrenia. *Curr Health Sci J*. 2019 Jul-Sep;45(3):301-310. doi: 10.12865/CHSJ.45.03.09
  20. Phan SV. Medication adherence in patients with schizophrenia. *Int J Psychiatry Med*. 2016; 51(2):211-9. doi: 10.1177/0091217416636601
  21. Domenech C, Pastore A, Altamura AC, Bernasconi C, Corral R, Elkis H, Evans J, Malla A, Margari F, Krebs MO, Nordstroem AL, Zink M, Haro JM. Correlation of Health-Related Quality of Life in Clinically Stable Outpatients with Schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2019 Dec 20;15:3475-3486. doi: 10.2147/NDT.S218578

Поступила в редакцию 09.12.2020  
Утверждена к печати 03.03.2021

Гончарова Анастасия Александровна – младший научный сотрудник отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Author ID Scopus 57214103983. ORCID ID 0000-0001-5260-5245. Author ID РИНЦ 940234. SPIN-код РИНЦ 7137-5705.

✉ Гончарова Анастасия Александровна, goncharanastasya@gmail.com

UDC 616.895.8:616.89-008.43-056.34:615.214:616-036.86-044.332

For citation: Goncharova A.A. Identification of adaptive resources in the process of rehabilitation of schizophrenic patients with akathisia against the background of antipsychotic therapy. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2021; 1 (110): 13–18. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-13-18](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-13-18)

## Identification of adaptive resources in the process of rehabilitation of schizophrenic patients with akathisia against the background of antipsychotic therapy

**Goncharova A.A.**

*Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences  
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation*

### ABSTRACT

Antipsychotic therapy has a high psychopharmacotherapeutic potential in the treatment of schizophrenia, in maintaining the level of social functioning of patients. The clarification of the adaptive potential in schizophrenic patients with motor undesirable phenomena, namely akathisia, seems to be a relevant topic. **Objective:** to study the adaptive abilities of schizophrenic patients with akathisia against the background of ongoing antipsychotic therapy. **Materials and Methods.** The survey included 250 inpatients with schizophrenia. All patients were examined using the Barnes Akathisia Scale (BARS). Adaptation evaluation was carried out according to the method of G.V. Logvinovich. The evaluation of adaptation and level of social functioning was carried out using the SASS self-questionnaire. **Results and Discussion.** In patients with akathisia, the formation of unfavorable types of adaptation was revealed, while in patients without akathisia, favorable types of adaptation were found. The occurrence of akathisia led to a decrease in the subjective estimation of social functioning and adaptation on the SASS scale during long-term hospitalization.

**Keywords:** schizophrenia, akathisia, types of adaptation, types of compensatory-adaptive defense, hospitalism, antipsychotics, psychosocial rehabilitation.

Received December 09.2020

Accepted March 03.2021

Goncharova Anastasiia A. – junior researcher of the Endogenous Disorders Department, Mental Health Research Institute, Tomsk NRMC, Tomsk, Russian Federation. Scopus Author ID 57214103983. ORCID iD 0000-0001-5260-5245. RSCI Author ID 940234. RSCI SPIN-code 7137-5705.

✉ Goncharova Anastasiia A., goncharanastasya@gmail.com

# ПСИХООНКОЛОГИЯ

УДК 616.891.6:616.895.4-055.2:616.411-006.6:591.477.36:615.214.32

Для цитирования: Шушпанова О.В. Применение антидепрессантов в комплексной терапии у больных раком молочной железы. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2021; 1 (110): 19–30. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-19-30](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-19-30)

## Применение антидепрессантов в комплексной терапии у больных раком молочной железы

**Шушпанова О.В.**

*Научный центр психического здоровья  
Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34*

### РЕЗЮМЕ

Проблема психического здоровья и субъективного восприятия (перцепции) качества жизни онкологических больных в настоящее время особенно актуальна. Большинство больных раком молочной железы (РМЖ) в процессе адаптации к заболеванию испытывают определенные нарушения в психической сфере: депрессивные, тревожно-фобические и психосоматические расстройства. **Цель:** изучение выраженности в клинической картине заболевания тревожно-депрессивных тенденций и оценка эффективности психофармакотерапии с применением антидепрессантов у больных раком молочной железы с выявленными расстройствами тревожно-депрессивного спектра. **Материал и методы.** Исследование включало 30 пациенток с впервые установленным (в среднем  $6,8 \pm 1,2$  месяца с момента диагностики) диагнозом РМЖ и 52 пациентки с длительностью катамнеза 3–17 лет. Основные методы: клинико-психопатологический и клинико-динамический. Психопатологическая оценка проводилась в рамках клинических разборов с привлечением междисциплинарного подхода. Для оценки выраженности в клинической картине тревожно-депрессивного синдрома и эффективности лечения использовались специальные стандартные шкалы: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала общего клинического впечатления (CGI) для оценки тяжести заболевания (CGI-S «тяжесть») и улучшения психического состояния (CGI-I «улучшение»). Для оценки эффективности психофармакотерапии психометрические данные были обработаны статистически на базе программы Statistica 10 (метод с использованием критерия Хи-квадрат). **Результаты.** Получены высокие показатели эффективности терапии антидепрессантами в комбинации с препаратами бензодиазепинового ряда и гипнотиками в группе больных с тревожно-депрессивной нозогенией (88% респондеров с редукцией стартовых баллов тревоги и депрессии по шкале HADS более 50%, по шкале CGI 85%), в группе пациентов с хронической ипохондрической дистимией и циклотимической эндоформной депрессией (соответственно 93,7% и 90,6%). Полученные в проведенном исследовании данные подтверждают эффективность психофармакотерапии антидепрессантами у больных РМЖ с выявленными расстройствами тревожно-депрессивного спектра. **Заключение.** Представленные клинические результаты могут в значительной степени способствовать в создании новых форм оптимизации психиатрической и психологической помощи онкологическим пациентам на лечебно-диагностическом этапе в условиях онкологического стационара.

**Ключевые слова:** рак молочной железы, распространенность в структуре онкологических заболеваний, тревожно-депрессивное расстройство у женщин, фармакотерапия, антидепрессивная терапия.

### ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Изучение результатов терапии психических расстройств у онкологических пациентов показало эффективность применения психотропных средств. Контингент больных, обнаруживающих потребность в терапии психотропными средствами, варьирует, по разным оценкам, от 15% до 62%. Антидепрессанты и нейролептики используются, согласно данным отечественных и зарубежных исследований, примерно от 10% до 30% случаев. Мишени психофармакотерапии определяются синдромальной характеристикой пациента

в соответствии со стандартными показаниями к применению психотропных средств [1, 2, 3]. Среди женщин трудоспособного возраста рак молочной железы (РМЖ) является одной из распространенных злокачественных опухолей [2, 3, 4, 5, 6]. Большинство больных РМЖ в процессе адаптации к онкологическому заболеванию испытывают определенные нарушения в психической сфере: депрессивные, тревожно-фобические и психосоматические расстройства, посттравматический стресс, нарушения сна [7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14].

Психические расстройства при РМЖ в основном квалифицируются в рамках пограничных нарушений: тревожные и депрессивные расстройства различной степени тяжести, расстройство адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), дистимия, большое депрессивное расстройство [11, 12, 13, 14, 15]. Круг аффективных расстройств дополняют соматореактивная циклотимия [16, 17] и соматоформные расстройства [12, 18]. Отмечено, что депрессивная симптоматика является преобладающей у пациентов с РМЖ [19, 20].

Клиническая картина аффективных и тревожных расстройств у больных РМЖ имеет сходство с эндогенными депрессивными состояниями, характеризующимися длительными и сложными по синдромальной структуре депрессивными расстройствами, включающими, наряду с проявлениями гипотимии [16, 21], тревожно-фобические и витальные расстройства [21, 22]. Депрессия развивается у 15-25% онкологических пациентов, сопряжена с серьезными негативными последствиями, включая снижение качества жизни, ухудшение клинического прогноза онкологического заболевания и в конечном итоге сокращение длительности жизни [23, 24]. У большинства больных перечисленные расстройства достигают клинического уровня. К наиболее частым симптомам авторы относят тревогу, повышенную утомляемость, раздражительность, нарушения сна, подавленность, чувство безнадежности, снижение аппетита, психомоторную заторможенность, потерю энергии, мысли о нежелании жить [1, 7, 8, 13, 15].

Психофармакотерапия выявленных нарушений является обоснованным и последовательным звеном в структуре мероприятий по улучшению качества жизни и адаптации больных РМЖ [9, 10]. Клинически важный раздел опыта применения психофармакопрепаратов относится к антидепрессантам в терапии депрессивных расстройств и соматовегетативных симптомов у больных РМЖ [16]. По данным австралийских авторов [24], показатель распространенности назначения антидепрессантов для больных раком составлял 15,6% (95% CI = 13,3-18,3), для больных РМЖ – 22,6% (95% CI = 16,0-30,9). Как считают отечественные авторы, популярными в применении антидепрессантами являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) [16, 17, 18]. Сибирскими исследователями описывается опыт применения антидепрессантов группы СИОЗС в терапии соматовегетативных расстройств у больных раком (астения, вазомоторные симптомы на фоне овариоэктомии либо антиэстрогенной терапии) [17, 18, 19]. В ча-

стности для терапии вазомоторных приливов жара пароксетин использовали в суточной дозировке 10 мг, флуоксетин 20 мг, циталопрам 10-20 мг, венлафаксин 37,5-75 мг [19]. Кроме того, эффективными в терапии вазомоторных расстройств являются сертралин в дозе 50 мг в течение 6–12 недель [20], дулоксетин 60 мг и эсциталопрам 20 мг в течение 12 недель [21]. Исследования показывают, что использование СИОЗС и ИОЗСН (ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина) значительно снижало частоту и тяжесть вазомоторных приливов у больных РМЖ в диапазоне от 14% до 58% по сравнению с плацебо [19].

Кроме того, описана эффективность антидепрессантов в комплексной терапии невропатических болей при РМЖ, включая тревожно-фобические расстройства, большое депрессивное расстройство и ПТСР [22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30]. Клинические исследования применения антидепрессантов разнообразны по показаниям к назначению и выбору препаратов. Амитриптилин назначался в качестве эффективного средства для купирования невропатической боли с увеличением суточной дозировки до 25-50 мг, снижал болевые ощущения у пациентов на 50% [21]. Однако по сравнению с препаратами группы СИОЗС амитриптилин имел более выраженные антихолинергические побочные эффекты (19%) [23]. Пароксетин в дозировке 20-40 мг/сут по сравнению с трициклическими антидепрессантами (ТЦА) является средством выбора для длительного применения [23, 24, 25, 26, 27]. СИОЗС являются препаратами первой линии для лечения тревожно-депрессивных расстройств у больных РМЖ вследствие хорошей переносимости терапии, в то время как трициклические антидепрессанты назначают с осторожностью и часто избегают в связи с высокой частотой побочных эффектов [28, 29, 30].

Назначение антидепрессантов группы СИОЗС следует соотносить с возможными перекрестными лекарственными взаимодействиями на уровне метаболизма системы цитохрома P450 и его субъединицами CYP2D6 и CYP3A4, в особенности это касается больных РМЖ, принимающих тамоксифен и его аналоги [31, 32, 33]. Интересные данные были получены в совместной работе авторов из США и Франции [32] о лекарственных взаимодействиях наиболее популярных антидепрессантов (табл. 1).

Сертралин, эсциталопрам, циталопрам и венлафаксин характеризуются наименьшим перекрестным лекарственным взаимодействием и являются препаратами выбора при наличии расстройств депрессивного спектра у больных РМЖ.

**Т а б л и ц а 1. Цитохром Р450 опосредованные перекрестные лекарственные взаимодействия между антидепрессантами и препаратами антиэстрогенной терапии**

	Наименование антидепрессанта	Тамоксифен	Торемифен
		СУР2D6	СУР3A4
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	Пароксетин	+++	-
	Флуоксетин	+++	++
	Сертралин	++	++
	Циталопрам	+	-
	Эсциталопрам	+	-
	Флувоксамин	+	++
Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (антидепрессанты двойного действия)	Венлафаксин	+	-
	Дезвенлафаксин	+	-
	Дулоксетин	++	-
Трициклические антидепрессанты	Амитриптилин	+	-
	Нортиптилин	+	-
	Доксепин	+	-
	Дезипрамин	+	-
	Имипрамин	+	-
	Кломипрамин	++	-
	Тимипрамин	-	-
Другие препараты	Буспирон	-	-
	Тразодон	-	-
	Миртазапин	+	-
	Бупропион	+++	-

Примечание: +++ – сильное ингибирование субъединиц цитохрома Р450, сильное перекрестное взаимодействие, ++ – среднее, умеренное ингибирование субъединиц, + – минимальное ингибирование субъединиц и перекрестное взаимодействие, – – отсутствуют перекрестные взаимодействия.

Такие препараты как сертралин, эсциталопрам, циталопрам и венлафаксин эффективны, хорошо переносятся, тем не менее необходима осторожность из-за возможности пролонгации интервала QT как при назначении высоких дозировок, так и у пациентов, принимающих аспирин, нестероидные противовоспалительные препараты, варфарин или гепарин [28].

Эффективность сертралина при всех видах депрессии у пациентов с РМЖ, проходящих химиотерапию, в дозировке 25-100 мг курсом 12 недель, подтверждается повышением показателей по шкале оценки депрессии Монтгомери–Асберга (MADRS) >50% баллов в конечной точке исследования. Наблюдалось снижение усталости, ангедонии и суицидальных мыслей от начала исследования к его завершению [34].

Изучено применение эсциталопрама в дозе 10 мг курсом 2 недели у паллиативных больных раком, включая РМЖ, которые удовлетворяли критериям депрессивного расстройства по DSM-IV. Выраженность тревожно-депрессивных расстройств оценивали, используя шкалу тревоги и депрессии (HADS) и шкалу психической адаптации к раковой болезни (Mini-MAC). В конце исследования наблюдалось снижение тревожности, измеряемой шкалой HADS, и беспомощности, измеряемой шкалой Mini-MAC [35].

У больных раком описаны хорошая переносимость венлафаксина, минимальная активность в системе СУР450 и целесообразность назначения у больных, принимающих тамоксифен, из-за отсутствия ингибирования СУР2D6. Отмечена его способность понижать вазомоторные приливы у пациенток, получавших антиэстрогенную химиотерапию или перенесших овариэктомию [36, 37].

Высокие показатели результативности терапии тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с РМЖ показал флуоксетин. Пациенты с симптомами депрессии, выявленными путем двухэтапного скрининга, получали флуоксетин 20 мг/сут 6 месяцев. Выраженность депрессии оценивали по краткой шкале самооценки Zung (BZSDS). У 80% принимавших флуоксетин пациентов депрессивные симптомы редуцировались к концу исследования по сравнению с плацебо [37].

Дулоксетин является одним из ИОЗСиН для лечения депрессии и тревоги, невропатии и хронической боли у больных раком, в частности РМЖ [39,40]. У больных с РМЖ и с депрессией без онкозаболевания при использовании дулоксетина в дозе 30-60 мг по результатам исследований по трем шкалам: HADS, общего клинического впечатления (CGI-S) и оценки депрессии Монтгомери–Асберга (MADRS) обнаружено значительное улучшение показателей по каждой из шкал с 4-й по 12-ю неделю [39].

Отдельного внимания заслуживают антидепрессанты с мелатонинергическим эффектом. Показано, что риск развития депрессивных симптомов был значительно ниже в группе больных РМЖ, принимавших мелатонин, чем у пациентов из группы плацебо. Мелатонин значительно снижает риск депрессивных симптомов у женщин с РМЖ в 3-месячный период после операции и может использоваться в профилактических целях.

При стрессовых расстройствах, в частности ПТСР и тревожно-фобических расстройствах, препаратами выбора у онкобольных являются СИОЗС, ИОЗСиН и мirtазапин в комбинации с бензодиазепинами [41, 42, 43, 44]. Миртазапин использовался для лечения большого депрессивного расстройства у больных раком, включая

РМЖ. У всех больных отмечался максимальный эффект со снижением количества баллов по шкале HAM-D с 21,4 в исходной точке до 2,6 после 6 месяцев терапии.

Миансерин обладал значительным антидепрессивным эффектом по сравнению с плацебо в терапии БДР у больных РМЖ I и II стадиями на протяжении 6 недель. К сожалению, клинические данные о терапии БДР у больных РМЖ немногочисленны. В основном речь идет о депрессии средней или легкой степени тяжести, выявляемой с помощью скрининга клиническими шкалами.

Таким образом, можно составить следующую схему целевого применения наиболее эффективных антидепрессантов по принципу «синдром – назначение» (табл. 2).

Т а б л и ц а 2. Наиболее часто назначаемые антидепрессанты и особенности их применения

Антидепрессант	Эффект	
	Седативный Активирующий Активирующий	Обезболивающий (малые дозы)
Амитриптилин Кломипрамин Имипрамин		
Флуоксетин	Терапия депрессивных и тревожных расстройств, ПТСР, вегетососудистых приливов жара	
Сертралин	Терапия депрессивных и тревожных расстройств, ПТСР, вегетососудистых приливов жара	
Пароксетин	Терапия депрессивных и тревожных расстройств, ПТСР, вегетососудистых приливов жара. Не рекомендуется больным, принимающим антиэстрогенную терапию (тамоксифен)	
Дулоксетин	Терапия депрессивных и тревожных расстройств, ПТСР, вегетососудистых приливов жара, хронической невропатической боли (совместно с габапентином)	
Эсциталопрам Циталопрам	Терапия депрессивных и тревожных расстройств, ПТСР, вегетососудистых приливов жара	
Венлафаксин	Терапия депрессивных и тревожных расстройств, ПТСР, вегетососудистых приливов жара, хронической невропатической боли (совместно с габапентином). Рекомендуется при приеме тамоксифена	
Миртазапин	Терапия депрессивных и тревожных расстройств, ПТСР, вегетососудистых приливов жара, улучшает аппетит, снижает тошноту и рвоту, нормализует сон. Подходит пациентам, принимающим тамоксифен	
Мелатонин Агомелатин	Депрессивные расстройства с нарушением сна. Рекомендуется при приеме тамоксифена	

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение выраженности в клинической картине заболевания проявлений тревожно-депрессивного синдрома и оценка эффективности психотерапии с применением антидепрессантов в группе больных раком молочной железы с выявленными расстройствами тревожно-депрессивного спектра.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено в отделении соматогенной психической патологии отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ НЦПЗ в сотрудничестве с отделениями химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей и клинической фармакологии и химиотерапии, отделения химиотерапии, ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина. Обследованы 82 пациентки с гистологически верифицированным

РМЖ. Из исследования исключались больные, состояние которых не позволяло выполнить клинико-психопатологическое обследование в необходимом объеме, а именно деменция (F00-F03), органический амнестический синдром, делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами (F04-F05), расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга (F07), аффективные расстройства (F30.XX), метастатическое поражение менингеальных оболочек и головного мозга, психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10-F19), ранее установленный диагноз «Шизофрения» (F20.XX), умственная отсталость (F70-F79), другие (кроме РМЖ) онкологические заболевания, другие клинически значимые тяжелые соматические заболевания.

В исследование включались пациенты, соответствующие критериям: верифицированный диагноз «рак молочной железы», психопатологические расстройства, манифестирующие в связи с обстоятельствами соматического заболевания (F40-F48 невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства по МКБ-10).

В исследовании участвовали 30 больных с впервые установленным (в среднем  $6,8 \pm 1,2$  месяца с момента диагностики) диагнозом «рак молочной железы», поступивших в стационар для планового обследования и лечения (средний возраст  $49,7 \pm 4,1$  года), и 52 пациентки (средний воз-

раст  $56,8 \pm 6,7$  года) с длительностью катмнеза 3–17 лет (средняя длительность  $5,7 \pm 2,9$  года). Преобладали больные с высшим образованием (50 – 60,9%), состоящие в браке (49 – 59,7%). Большинство пациентов не работали/находились на пенсии (37 – 45,1%), около трети трудились со снижением профессиональной нагрузки (25 – 30,5%), примерно четверть работали без снижения производственной нагрузки (20 – 24,3%).

Полученные данные о распределении больных выборки в зависимости от типа опухоли и методов химио- и лучевой терапии представлены в таблице 3.

**Т а б л и ц а 3. Характеристика исследовательской выборки больных по показателям онкологического заболевания (типу опухоли, стадии болезни, режиму химиотерапии)**

Менструальный статус	Пременопауза		Менопауза	
	Гормоночувствительные	Гормонорезистентные	Гормоночувствительные	Гормонорезистентные
Тип опухоли				
Стадия заболевания	II A - IV	I - IV	I - II B	I - IV
Кол-во больных (всего)	18	49	3	12
Лучевая терапия	1	2		
Гормонотерапия:				
Антиэстрогены (тамоксифен, фульвестрант)	8		2	
Ингибиторы ароматазы (летрозол, анастрозол, экземестан)	7		7	
Режимы химиотерапии:				
FAС/CAF	1	6		3
CA	1	2		
CVMF		2		
Метотрексат +(A)га-С				1
Таксаны + доксорубицин		2		1
Таксаны + лапатиниб		2		
Таксаны + гемцитабин		6		
Таксаны +Pt		5		1
Таксаны + винорельбин		4		
Доксорубицин + Pt		2		1
Винкристин + Pt		2		
Гемцитабин + Pt		1		
Этапозид + Pt				
Тастузумаб + капецитабин		2		
Трастузумаб + доксорубицин				1
Трастузумаб + таксаны		3		2
Трастузумаб + винорельбин		2		1
Капецитабин + Pt		2		
Капецитабин + таксаны		1		1
Капецитабин + винорельбин		1		
Капецитабин + доксорубицин				
Винорельбин + доксорубицин		1		
Винорельбин + гемцитабин		1		

Примечание: в таблице приведены общепринятые сокращения для некоторых режимов или препаратов химиотерапии: FАС/CAF (5-фторурацил, адриабластин, циклофосфан в прямой и обратной последовательности, с разными дозировками и схемой введения), СА (доксорубицин, циклофосфамид), CVMF (циклофосфамид, винкристин, метотрексат, 5-фторурацил), цитарабин, (А)га-С, Pt – препараты платины (цисплатин, карбоплатин), таксаны (доцетаксел, паклитаксел).

Основные методы исследования: клинико-психопатологический и клинико-динамический. Клинико-психопатологическая оценка для уточнения психического статуса проводилась в рам-

ках клинических разборов с участием сотрудников ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» под руководством акад. РАН, проф. А.Б. Смулевича и д.м.н., проф. С.В. Иванова.

Для оценки выраженности в клинической картине заболевания проявлений тревожно-депрессивного синдрома и эффективности лечения использовались стандартизованные психометрические шкалы: Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) [Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983], шкала общего клинического впечатления (CGI) [Guy W., 1976] для оценки тяжести заболевания (CGI-S «тяжесть») и улучшения психического состояния (CGI-I «улучшение»). Для оценки эффективности психофармакотерапии психометрические данные статистически обработаны на базе Statistica 10 (метод с использованием критерия Хи-квадрат).

Выбор антидепрессантов для купирования расстройств тревожно-депрессивного спектра, подбор оптимальных доз и длительность курсов определялись индивидуально в зависимости от синдромальной структуры и в соответствии с динамикой психического и соматического статуса пациентов, а также с учетом потенциальных лекарственных взаимодействий в условиях полихимиотерапии [43].

Возможные нежелательные перекрестные фармакологические эффекты оценивались по степени взаимодействия лекарственных препаратов с системой ферментов цитохрома P450 (пароксетин не назначался больным, принимающим тамоксифен). Нежелательные побочные явления на психофармакотерапию отмечались в 5 случаях и выражались в тошноте, слабости, сонливости, головокружении. Эффективность терапии оценивалась дважды: через 6 недель лечения (непосредственный эффект) и через 12 недель (отдаленный эффект). Длительность психофармакотерапии варьировала от 3 до 18 месяцев. При досрочной отмене препаратов по каким-либо причинам (необходимость в хирургической операции, тяжелое соматическое состояние, участие пациентов в исследовании противоопухолевых средств по протоколу, самостоятельная отмена пациентом) отмечалось возобновление депрессивной и тревожной симптоматики в среднем через 2–5 дней после отмены. В случае прекращения терапии антидепрессантами спустя несколько месяцев (от 6 до 12) синдром отмены препарата не формировался. Переносимость психофармакотерапии была хорошей. Первые признаки регуляции психического состояния и клинического улучшения наступали на 10–14-й день антидепрессивной терапии и достигали максимального уровня к 6–12-й неделе лечения. В настоящем исследовании не зафиксировано случаев неблагоприятных лекарственных взаимодействий между психотропными средствами и препаратами, используемыми для химиотерапии рака молочной железы.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

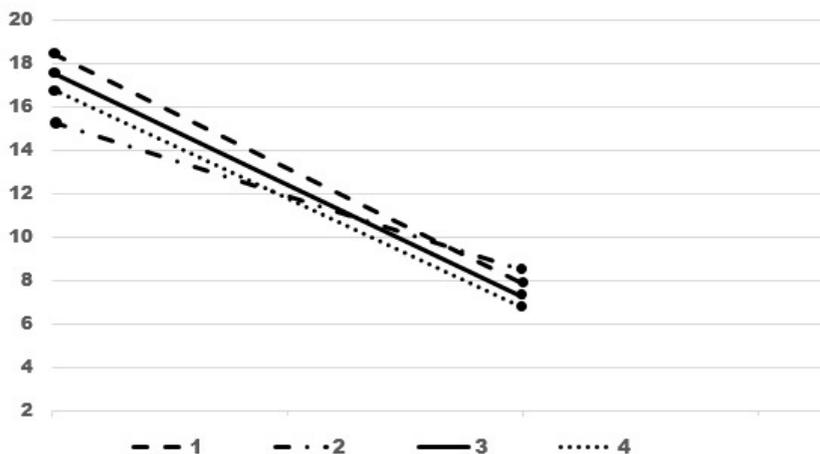
### Показания к психофармакотерапии

В группе пациентов с впервые диагностированным РМЖ (в среднем  $6,8 \pm 1,2$  месяца с момента диагностики) по данным клинического обследования и психометрических шкал тревожно-депрессивная нозогения зарегистрирована более чем у половины (17 из 30 – 56,6%) пациентов. Среднее количество баллов по госпитальной шкале HADS для этих больных составило: 18–20 – по шкале тревоги ( $18,2 \pm 1,22$ ), 16–20 – по шкале депрессии ( $17,93 \pm 1,38$ ), что соответствует «выраженным нарушениям» (рис. 1).

По шкале клинического впечатления «CGI-S» средний суммарный балл составил 4,6, что соответствует смещению показателя степени нарушений к значению «острые нарушения». В катамнестической группе больных с длительностью заболевания РМЖ 3–17 лет хроническая ипохондрическая дистимия, требующая медикаментозного воздействия, зарегистрирована у 23 больных, у 9 больных – циклотимическая эндоформная депрессия на фоне прогрессирования болезни после длительной (от 1 года до 7 лет) ремиссии РМЖ. В этой группе преобладали общая доля нуждающихся в психофармакотерапии больных (32 – 61,5%). Среднее количество баллов по шкале HADS для этих больных составило: 14–16 – по шкале тревоги ( $15,3 \pm 0,76$ ), 16–18 – по шкале депрессии ( $17 \pm 0,79$ ). Общий суммарный балл по шкале CGI-S составил 4,4, что соответствует среднему значению между «явными нарушениями» и «острыми нарушениями». В коррекции антидепрессантами нуждались большинство больных обеих групп (49 из 82 – 59,7%).

### Подбор психофармакопрепаратов и результаты терапии

Выбор антидепрессантов осуществлялся в зависимости от преобладания в клинической картине той или иной симптоматики: при тревожной симптоматике назначались средства с противотревожным и/или седативным эффектом, такие как пароксетин 10–40 мг/сут, миртазапин 15–45 мг/сут, amitриптилин 50–100 мг/сут. В случае преобладания тоскливого аффекта с признаками апатии рекомендовали приём препаратов с психостимулирующим (группы СИОЗС) и/или двойным действием (ИОЗСиН): сертралин до 100 мг/сут, венлафаксин до 150 мг/сут, дулоксетин до 120 мг/сут. С целью купирования тревожных и инсомнических расстройств к терапии антидепрессантами дополнительно назначались анксиолитические препараты (диазепам, алпразолам, клоназепам) либо гипнотики (зопиклон, золпидема тартат). Основные применяемые психотропные средства и их средние терапевтические дозировки указаны в таблице 4.



Ряд данных	Субшкалы HADS	Средний балл по шкале HADS до и после психофармакотерапии		
		до	после	
1	Тревожно – депрессивная нозогения	тревоги	18,2±1,22	7,86±0,81
2	Хроническая ипохондрическая дистимия, циклотимическая эндоформная депрессия	тревоги	15,3±0,76	8,5±1,61
3	Тревожно – депрессивная нозогения	депрессии	17,93 ±1,38	7,2±1,06
4	Хроническая ипохондрическая дистимия, эндоформная депрессия	депрессии	17±0,79	6,77±1,08

Рисунок 1. Сравнительное распределение показателей средних баллов госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS до и после лечения у больных с тревожно-депрессивной нозогенией, хронической ипохондрической дистимией и циклотимической эндоформной депрессией

Таблица 4. Суточные терапевтические дозировки психотропных средств

Психотропные средства	Суточная доза препарата (мг)		
	Мин	Макс	Средняя
Транквилизаторы			
Производные бензодиазепина			
Диазепам	5	10	-
Лоразепам	0,5	2,5	1,5
Клоназепам	0,5	2	1
Феназепам	0,5	2	1
Алпразолам	0,5	1,5	1
Производные других химических групп			
Золпидема тартрат	5	10	7,5
Зопиклон	3,75	7,5	5,75
Антидепрессанты			
СИОЗС			
Флувоксамин	50	150	100
Пароксетин	10	40	20
Сертралин	50	100	75
ИОЗСиН			
Венлафаксин	50	100	75
Дулоксетин	60	120	-
ТЦА (три, тетрациклические)			
Амитриптиллин	50	100	75
Миртазапин	30	60	45

У большинства пациентов с тревожно-депрессивной нозогенией наблюдался положительный эффект при терапии антидепрессантами через 7-10 дней – 88% респондеров с редукцией стартовых баллов по клинической шкале HADS более 50% ( $7,86 \pm 0,81$  по шкале тревоги и  $7,2 \pm 1,06$  по шкале депрессии, что соответствует субклиническому уровню), по шкале CGI 85% (рис. 1).

Средний суммарный балл по шкале CGI-I (для оценки улучшения) на последнем визите составил 1,5, что является средним значением между оценками 1 – очень выраженное улучшение и 2 – выраженное улучшение. Полная редукция тревожно-депрессивных расстройств отмечалась у 2 пациентов с начальными (I-II) стадиями РМЖ. В большинстве (75%) случаев ощутимый терапевтический эффект развивался даже при назначении низких стартовых доз, не достигающих рекомендуемых значений по протоколу лечения.

В ряду признаков улучшения пациенты отмечали значительную редукцию тревожной симптоматики, нормализацию сна и аппетита, снижение подавленности, восстановление аффективного фона к 6-й неделе лечения. Стабилизация клинического эффекта наблюдалась к 12-й неделе психофармакотерапии. У 86% пациентов сохранялись не достигающие клинического уровня фоновые проявления тревоги в силу особенностей диагноза и прогноза основного заболевания при последующем динамическом наблюдении. С целью закрепления достигнутой ремиссии в психическом состоянии больным проводилась поддерживающая терапия с частичным снижением дозировок (антидепрессанты) либо отменой (транквилизаторы) психотропных средств на протяжении 6–12 месяцев в зависимости от начальной степени тяжести и динамики тревожно-депрессивной симптоматики.

В катamnестической группе больных с хронической ипохондрической дистимией и циклотимической эндоформной депрессией установлена высокая эффективность психофармакотерапии. Доля пациентов с редукцией психопатологических симптомов-комплексов (тревожно-фобические, астенические, соматоформные, аффективные расстройства, посткастрационная вегетативная симптоматика) более 50% по шкале HADS составила 93,7% ( $8,5 \pm 1,61$  – по шкале тревоги,  $6,77 \pm 1,08$  – по шкале депрессии), а также со значительным клиническим улучшением по шкале CGI-I 90,6% (средний суммарный балл равен 2). Значимый эффект от терапии связан с комбинированным применением психофармакопрепаратов высокопотенциальных бензодиазепинов и антидепрессантов группы СИОЗС, ИОЗСиН, три- и тетрациклических антидепрессантов. Клиническое улучшение наступало на 10–14-й день с дальнейшей постепенной редукцией тревожной и депрессивной симптоматики.

В 46% случаев в клинической картине преобладали тревожно-фобические и соматоформные расстройства. Для их купирования использовались следующие психотропные препараты: алпразолам/лоразепам 0,5-1 мг/сут, пароксетин 20-40 мг/сут, amitриптиллин 50-75 мг/сут, флувоксамин 50-100 мг/сут, мirtазапин 15-45 мг/сут, сертралин до 100 мг/сут, венлафаксин до 150 мг/сут. У 53% пациентов преобладали аффективные и астенические нарушения. С целью их коррекции применялась эффективная терапия антидепрессантами группы ИОЗСиН: венлафаксин 75 мг/сут, дулоксетин 60 мг/сут. Для купирования сопутствующих инсомнических расстройств в обеих группах больных применялись препараты бензодиазепинового ряда (клоназепам, феназепам) либо гипнотики (золпидема тартрат, зопиклон). У 71% больных на фоне тревожно-депрессивного состояния усиливались соматовегетативные посткастрационные (климактерические) явления, связанные с применением антиэстрогенной гормонотерапии. Состояния гипострогении, выражающиеся в вегетативной дисфункции (приливах жара, повышении артериального давления, приступах сердцебиения, головокружения, потливости) полностью либо значительно купировались на фоне приема сочетанной терапии антидепрессантами группы СИОЗС и противотревожных средств. В большинстве случаев клиническое улучшение наступало на 10–14-й день с дальнейшей постепенной редукцией тревожной и депрессивной симптоматики до субсиндромального уровня. Нормализовался аффективный фон, отмечалось улучшение качества сна и аппетита, дезактуализировались страхи, связанные с онкологическим заболеванием и ожиданием неблагоприятно-фатального исхода. При этом сохранялись явления симптоматической и реактивной лабильности (экзацербация психопатологических расстройств под влиянием соматогенных и психогенных факторов). В этих случаях рекомендовалось длительное применение минимальных доз используемых психотропных средств. Препараты и их дозы подбирались индивидуально с учетом переносимости и лекарственных взаимодействий, по принципу «соотношение пользы превосходит возможный риск для больного».

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Полученные в проведенном нами исследовании данные подтверждают эффективность психофармакотерапии антидепрессантами у больных РМЖ с диагностированными расстройствами тревожно-депрессивного спектра. В исследовании принимали участие две категории больных: как с впервые выявленным РМЖ, так и с длительностью катмнеза РМЖ 3–17 лет. Потребность в назначении психотропной терапии была установлена у пациентов с тревожно-депрессивной нозогенией, хронической ипохондрической дистимией и циклотимической эндоформной депрессией.

Эффективность терапии антидепрессантами в комбинации с препаратами бензодиазепинового ряда и гипнотиками в группе больных с тревожно-депрессивной нозогенией показала высокий результат: 88% респондеров с редукцией стартового количества баллов тревоги и депрессии по HADS более 50%, по шкале CGI 85%. В группе больных с хронической ипохондрической дистимией и циклотимической эндоформной депрессией доля пациентов с полной редукцией психопатологических симптомокомплексов (тревожно-фобические, астенические, соматовегетативные и аффективные расстройства) составила 93,7% (по шкале CGI-I 90,6%). Для пациентов с расстройствами тревожно-депрессивного, астенического и соматовегетативного спектра целесообразно назначение современных селективных серотонин- и норадренергических антидепрессантов, обладающих хорошей переносимостью и безопасностью (включая минимальный риск лекарственных взаимодействий). Для терапии указанных расстройств использовались средние терапевтические дозы с учетом сравнительно высокого уровня лечебного эффекта, установленного в ходе исследования. Финальные результаты нашего клинического исследования могут в значительной степени способствовать оптимизации психиатрической и психологической помощи онкологическим пациентам на лечебно-диагностическом этапе в условиях онкологического стационара.

#### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии возможных конфликтов интересов в связи с публикацией материалов данной статьи.

#### ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование выполнено за счет государственного источника финансирования НИР ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).

#### СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

При проведении исследования соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской декларации ВАМ.

#### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Агаркова Л.А., Куприянова И.Е., Балацкая Л.Н., Коломиец Л.А., Дикке Г.Б., Семке В.А., Марков А.А., Несмелова В.А. Сравнительные исследования качества жизни у женщин с доброкачественными и злокачественными опухолями гинекологической сферы. Сибирский онкологический журнал. 2004. № 1. С. 18-20. Agarkova LA, Kupriyanova IE, Balatskaya LN, Kolomiets LA, Dikke GB, Semke VA, Markov AA, Nesmelova VA. Comparative studies of the quality of life in women with benign and malignant gynecological tumors. Siberian Journal of Oncology. 2004; 1:18-20 (in Russian).
2. Володин Б.Ю. Психосоматические взаимоотношения у онкологических больных. Паллиативная медицина и реабилитация. 2007. № 3. С. 51-54. Volodin BYu. Psychosomatic relationships in cancer patients. Palliative Medicine and Rehabilitation. 2007;3: 51-54 (in Russian).
3. Галиуллина С.Д. Нервно-психические нарушения у больных раком молочной железы: автореферат дис. ... к.м.н. Уфа, 2000: 23 с. Galiullina SD. Neuropsychiatric disorders in patients with breast cancer: PhD thesis. Ufa, 2000:23 (in Russian).
4. Иванов П.М., Томский М.И., Мыреева С.А. и др. Злокачественные новообразования в Якутии (заболеваемость и смертность) / под ред. П.М. Иванова. Якутск : Сфера, 2018. 180 с. Ivanov PM, Tomskiy MI, Myreeva SA. et al. Malignant neoplasms in Yakutia (morbidity and mortality) / edited by P.M. Ivanov. Yakutsk: Sphere, 2018:180 (in Russian).
5. Нелюбина Л.А., Лактионов К.П. Причины заболевания раком молочной железы и возможности его профилактики. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2013. № 24 (92). С. 3-10. Nelyubina LA, Laktionov KP. Causes of breast cancer and the possibility of its prevention. N.N. Blokhin ROSC RAMS Bulletin. 2013;24(92):3-10 (in Russian).
6. Пономарева Л.А., Сухарева У.А., Егорова А.Г., Сомов А.Н. Опыт реализации мер по снижению смертности от рака молочной железы. Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2015. № 4 (6). С. 42-47. Ponomareva LA, Sukhareva UA, Egorova AG, Somov AN. Experience in implementing measures to reduce mortality from breast cancer. Oncology. P.A. Herzen Journal. 2015;4(6):42-47. (in Russian). doi: 10.17116/onkolog20154642-47
7. Самушия М.А., Зубова И.В. Нозогении (психогенные реакции) при раке молочной железы. Психические расстройства в общей медицине. 2009. № 1. С. 24-29. Samushia MA, Zubova IV. Nosogeny (psychogenic reactions) in breast cancer. Mental Disorders in General Medicine. 2009;1:24-29 (in Russian).
8. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2017. 250 с. Malignant neoplasms in Russia in 2015 (morbidity and mortality) / edited by A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, G.V. Petrova. Moscow, 2017:250 (in Russian).
9. Куприянова И.Е., Слонимская Е.М., Бехер О.А. Нервно-психические расстройства у женщин, страдающих раком молочной железы. Психические расстройства в общей медицине. 2009. № 1. С. 22-24. Kupriyanova IE, Slonimskaya EM, Bekher OA Neuropsychiatric disorders in women with breast cancer. Mental Disorders in General Medicine. 2009;16:22-24 (in Russian).

10. Семке В.Я., Куприянова И.Е., Шушпанова Т.В. Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007. Т. 107, № 3. С.78. Semke VYa, Kupriyanova IE, Shushpanova TV. Mental health of Siberian and Far East populations. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2007;107(3):78 (in Russian).
11. Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., Падун М.А., Шаталова Н.Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы М., 2010. 175 с. Tarabrina NV, Vorona OA, Kurchakova MS, Padun MA, Shatalova NE. Oncopsychology: Post-Traumatic Stress in Patients with Breast Cancer. Moscow, 2010:175 (in Russian).
12. Шушпанова О.В. Психические нарушения у больных раком молочной железы: дифференцированный подход к изучению нозогений. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Т. 117, № 8. С. 18-26. Shushpanova OV. Mental disorders in patients with breast cancer: a differentiated approach to the study of nosogenies. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2017;117(8):18-26 (in Russian). doi: 10.17116/jnevro20171178118-26
13. Sanjida S, Janda M, Kissane D, Shaw J, Pearson SA, DiSipio T, Couper J. A systematic review and meta-analysis of prescribing practices of antidepressants in cancer patients. Psychooncology. 2016 Sep;25(9):1002-16. doi: 10.1002/pon.4048
14. Butow P, Kelly S, Thewes B, Hruby G, Sharpe L, Beith J. Attentional bias and metacognitions in cancer survivors with high fear of cancer recurrence. Psychooncology. 2015 Apr;24(4):416-23. doi: 10.1002/pon.3659
15. Biglia N, Bounous VE, Susini T, Pecchio S, Sgro LG, Tuninetti V, Torta R. Duloxetine and escitalopram for hot flushes: efficacy and compliance in breast cancer survivors. Eur J Cancer Care (Engl). 2018 Jan;27(1). doi: 10.1111/ecc.12484
16. Roscoe JA, Morrow GR, Hickok JT, Mustian KM, Griggs JJ, Matteson SE, Bushunow P, Qazi R, Smith B. Effect of paroxetine hydrochloride (Paxil) on fatigue and depression in breast cancer patients receiving chemotherapy. Breast Cancer Res Treat. 2005 Feb;89(3):243-9. doi: 10.1007/s10549-004-2175-1
17. Grassi L, Caruso R, Hammelef K, Nanni MG, Riba M. Efficacy and safety of pharmacotherapy in cancer-related psychiatric disorders across the trajectory of cancer care: a review. Int Rev Psychiatry. 2014 Feb;26(1):44-62. doi: 10.3109/09540261.2013.842542
18. Ersoy MA, Noyan AM, Elbi H. An open-label long-term naturalistic study of mirtazapine treatment for depression in cancer patients. Clin Drug Investig. 2008;28(2):113-20. doi: 10.2165/00044011-200828020-00005
19. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, den Boer JA, Christmas DM, Davies S, Fineberg N, Lidbetter N, Malizia A, McCrone P, Nabarro D, O'Neill C, Scott J, van der Wee N, Wittchen HU. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol. 2014 May;28(5):403-39. doi: 10.1177/0269881114525674
20. Frampton JE, Plosker GL. Duloxetine: a review of its use in the treatment of major depressive disorder. CNS Drugs. 2007;21(7):581-609. doi: 10.2165/00023210-200721070-00004
21. Wedret JJ, Tu TG, Paul D, Rousseau C, Bonta A, Bota RG. Interactions between antidepressants, sleep aids and selected breast cancer therapy. Ment Illn. 2019 Jun 11;11(1):8115. doi: 10.4081/mi.2019.8115
22. Irarrázaval OME. Tamoxifeno y antidepressivos: Antagonistas en la prevención del cáncer de mama? [Antagonism of tamoxifen and antidepressants among women with breast cancer]. Rev Med Chil. 2011 Jan;139(1):89-99. Spanish. Epub 2011 Apr 11. PMID: 21526323
23. Yi JC, Syrjala KL. Anxiety and Depression in Cancer Survivors. Med Clin North Am. 2017 Nov;101(6):1099-1113. doi: 10.1016/j.mcna.2017.06.005
24. Kalso E, Tasmutha T, Pertti JN. Amitriptyline effectively relieves neuropathic pain following treatment of breast cancer. Pain. 1996 Feb;64(2):293-302. doi: 10.1016/0304-3959(95)00138-7
25. Liebowitz MR, Gelenberg AJ, Munjack D. Venlafaxine extended release vs placebo and paroxetine in social anxiety disorder. Arch Gen Psychiatry. 2005 Feb;62(2):190-8. doi: 10.1001/archpsyc.62.2.190
26. L'Espérance S, Frenette S, Dionne A, Dionne JY; Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO). Pharmacological and non-hormonal treatment of hot flashes in breast cancer survivors: CEPO review and recommendations. Support Care Cancer. 2013 May;21(5):1461-74. doi: 10.1007/s00520-013-1732-8
27. Bringmann H, Singer S, Höckel M, Stolzenburg JU, Krauss O, Schwarz R. Longitudinal analysis of psychiatric morbidity in cancer patients. Onkologie. 2008 Jun;31(6):343-4. doi: 10.1159/000132166
28. Carvalho AF, Hyphantis T, Sales PM, Soeiro-de-Souza MG, Macêdo DS, Cha DS, McIntyre RS, Pavlidis N. Major depressive disorder in breast cancer: a critical systematic review of pharmacological and psychotherapeutic clinical trials. Cancer Treat Rev. 2014 Apr;40(3):349-55. doi: 10.1016/j.ctrv.2013.09.009
29. Medical Services Commission. Palliative care for the patient with incurable cancer or advanced disease. Part 2: Depression. Victoria (BC): British Columbia Medical Services Commission. 2011. [http://www.bcguidelines.ca/pdf/palliative2\\_depression.pdf](http://www.bcguidelines.ca/pdf/palliative2_depression.pdf)

30. Caraci F, Crupi R, Drago F, Spina E. Metabolic drug interactions between antidepressants and anti-cancer drugs: focus on selective serotonin reuptake inhibitors and hypericum extract. *Curr Drug Metab.* 2011 Jul;12(6):570-7. doi: 10.2174/138920011795713706
31. Navari RM, Brenner MC, Wilson MN. Treatment of depressive symptoms in patients with early stage breast cancer undergoing adjuvant therapy. *Breast Cancer Res Treat.* 2008 Nov;112(1):197-201. doi: 10.1007/s10549-007-9841-z
32. Schillani G, Capozzo MA, Era D, De Vanna M, Grassi L, Conte MA, Giraldi T. Pharmacogenetics of escitalopram and mental adaptation to cancer in palliative care: report of 18 cases. *Tumori.* 2011 May-Jun;97(3):358-61. doi: 10.1700/912.10034
33. Pezzella G, Moslinger-Gehmayer R, Contu A. Treatment of depression in patients with breast cancer: a comparison between paroxetine and amitriptyline. *Breast Cancer Res Treat.* 2001 Nov;70(1):1-10. doi: 10.1023/a:1012518831494
34. Chad-Friedman E, Coleman S, Traeger LN, Pirl WF, Goldman R, Atlas SJ, Park ER. Psychological distress associated with cancer screening: A systematic review. *Cancer.* 2017 Oct 15;123(20):3882-3894. doi: 10.1002/cncr.30904
35. Fulcher CD, Kim HJ, Smith PR, Sherner TL. Putting evidence into practice: evidence-based interventions for depression. *Clin J Oncol Nurs.* 2014;18 Suppl:26-37. doi: 10.1188/14.CJON.S3.26-37
36. Kimmick GG, Lovato J, McQuellon R, Robinson E, Muss HB. Randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover study of sertraline (Zoloft) for the treatment of hot flashes in women with early stage breast cancer taking tamoxifen. *Breast J.* 2006 Mar-Apr;12(2):114-22. doi: 10.1111/j.1075-122X.2006.00218.x
37. Rustad JK, David D, Currier MB. Cancer and post-traumatic stress disorder: diagnosis, pathogenesis and treatment considerations. *Palliat Support Care.* 2012 Sep;10(3):213-23. doi: 10.1017/S1478951511000897
38. Spiegel D, Riba MB. Managing anxiety and depression during treatment. *Breast J.* 2015 Jan-Feb;21(1):97-103. doi: 10.1111/tbj.12355
39. Kang JI, Sung NY, Park SJ, Lee CG, Lee BO. The epidemiology of psychiatric disorders among women with breast cancer in South Korea: analysis of national registry data. *Psychooncology.* 2014 Jan;23(1):35-9. doi: 10.1002/pon.3369
40. Wiśniewska I, Jochymek B, Lenart-Lipińska M, Chabowski M. The pharmacological and hormonal therapy of hot flashes in breast cancer survivors. *Breast Cancer.* 2016 Mar;23(2):178-82. doi: 10.1007/s12282-015-0655-2
41. Grassi L, Nanni MG, Rodin G, Li M, Caruso R. The use of antidepressants in oncology: a review and practical tips for oncologists. *Ann Oncol.* 2018 Jan 1;29(1):101-111. doi: 10.1093/annonc/mdx526
42. Torta R, Siri I, Caldera P. Sertraline effectiveness and safety in depressed oncological patients. *Support Care Cancer.* 2008 Jan;16(1):83-91. doi: 10.1007/s00520-007-0269-0
43. Torta R, Leombruni P, Borio R, Castelli L. Duloxetine for the treatment of mood disorder in cancer patients: a 12-week case-control clinical trial. *Hum Psychopharmacol.* 2011 Jun-Jul;26(4-5):291-9. doi: 10.1002/hup.1202
44. Ramaswami R, Villarreal MD, Pitta DM, Carpenter JS, Stebbing J, Kalesan B. Venlafaxine in management of hot flashes in women with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat.* 2015 Jul;152(2):231-7. doi: 10.1007/s10549-015-3465-5

Поступила в редакцию 09.12.2020

Утверждена к печати 03.03.2021

Шушпанова Ольга Владимировна – научный сотрудник отдела исследования проблем детской психиатрии, ФГБНУ НЦПЗ (Научный центр психического здоровья).  
SPIN-code 8979-9700. Researcher ID S-3346-2016. ORCID iD 0000-0003-3484-3447.

✉ Шушпанова Ольга Владимировна, sertraline@list.ru

UDC 616.891.6:616.895.4-055.2:616.411-006.6:591.477.36:615.214.32

For citation: Shushpanova O.V. The use of antidepressants in the complex therapy of patients with breast cancer. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2021; 1 (110): 19–30. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-19-30](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-19-30)

## The use of antidepressants in the complex therapy of patients with breast cancer

**Shushpanova O.V.**

*Mental Health Research Center, Russian Academy of Sciences  
Kashirskoe Highway 34, 115522, Moscow, Russian Federation*

### ABSTRACT

The problem of mental health and subjective perception of quality of life by cancer patients is currently specifically relevant. Most patients with breast cancer (BC) in the process of adaptation to their disease experience some mental disorders: depressive, anxiety-phobic and psychosomatic disorders. **Objective:** to study the severity of anxiety-depressive tendencies in the clinical picture of the disease and to evaluate the effectiveness of psychopharmacotherapy with the use of antidepressants in breast cancer patients with identified disorders of the anxiety-depressive spectrum. **Material and Methods.** The study included 30 patients with newly diagnosed breast cancer (on average  $6.8 \pm 1.2$  months from the date of diagnosis) and 52 patients with a follow-up period of 3–17 years. Basic methods: clinical-psychopathological and clinical-dynamic. The psycho-pathological assessment was carried out in the framework of clinical analyzes using an interdisciplinary approach. To assess the severity of anxiety-depressive syndrome in the clinical picture and the effectiveness of treatment, special standard scales were used: hospital anxiety and depression scale (HADS), clinical global impression scale (CGI) for assessing the severity of the disease (CGI-S “severity”) and improvement of mental state (CGI-I “improvement”). To assess the effectiveness of psychopharmacotherapy, psychometric data were processed statistically using the Statistica 10 program (method using the Chi-square test). **Results.** High rates of effectiveness of antidepressant therapy in combination with benzodiazepine drugs and hypnotics were obtained in the group of patients with anxiety-depressive nosogeny (88% of responders with a reduction in the starting points of anxiety and depression on the HADS scale more than 50%, on the CGI scale 85%), in the group of patients with chronic hypochondriac dysthymia and cyclothymic endoform depression (respectively 93.7% and 90.6%). The data obtained in this study confirm the effectiveness of psychopharmacotherapy with antidepressants in breast cancer patients with identified disorders of the anxiety-depressive spectrum. **Conclusion.** The presented clinical results can significantly contribute to the creation of new forms of optimization of psychiatric and psychological care for cancer patients when treating and diagnosing in an oncological hospital.

**Keywords:** breast cancer, prevalence in the structure of oncological diseases, anxiety-depressive disorder in women.

Received December 09.2020

Accepted March 03.2021

Shushpanova Olga V. – Researcher, Department for the Study of Problems of Child Psychiatry, Mental Health Research Center, Moscow, Russia.

SPIN-code 8979-9700. Researcher ID S-3346-2016. ORCID iD 0000-0003-3484-3447.

✉ Shushpanova Olga V., [sertraline@list.ru](mailto:sertraline@list.ru)

УДК 616.85-06:616.89:616.24-006:616.33-006.6:616.34-006.6:159.9.018.3:615.214:615.851

Для цитирования: Куприянова И.Е., Гураль Е.С., Тузиков С.А. Клинические проявления непсихотических психических расстройств, основные типы психологических защит, возможности психофармако- и психотерапии у пациентов с онкопатологией. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2021; 1 (110): 31–37. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-31-37](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-31-37)

## Клинические проявления непсихотических психических расстройств, основные типы психологических защит, возможности психофармако- и психотерапии у пациентов с онкопатологией

Куприянова И.Е.<sup>1</sup>, Гураль Е.С.<sup>1</sup>, Тузиков С.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук  
Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4*

<sup>2</sup> *Онкологическая клиника НИИ онкологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук  
Россия, 634028, Томск, ул. Савиных, 12/1*

### РЕЗЮМЕ

**Актуальность.** Онкологическая патология, характеризующаяся значительной динамикой прироста заболевших и высокой смертностью, является актуальной темой и насущной медицинской проблемой, в связи с чем предопределяет необходимость совершенствования комплексных программ лечения и реабилитации. Среди пациентов с онкологическими заболеваниями широко распространены психоэмоциональные нарушения, сомато- и психогенные психические расстройства. В статье показаны клинические особенности психических расстройств, наиболее часто встречающиеся психологические защиты в кризисной ситуации болезни и обсуждаются возможности терапии у пациентов с различной онкопатологией (рак легких, желудка и кишечника). **Материал и методы.** В исследовании приняли участие 104 пациента с диагнозом по МКБ-10 злокачественного новообразования лёгких (С34), желудка (С16) и кишечника (С18). Все пациенты были осмотрены психиатром с применением традиционного клинико-психопатологического метода. Для изучения предпочитаемых психологических защит использовалась методика Индекс жизненного стиля. Сравнительный анализ нозологической структуры пациентов с диагностированными психическими и поведенческими (78,84%) расстройствами выявил невротические, связанные со стрессом и соматоформные (36,54%), органические (21,15%), аффективные (19,23%) расстройства, в единичных случаях зарегистрировано расстройство личности (1,92%). Примерно у пятой части (21,15%) пациентов психические расстройства отсутствовали. В исследуемой простой случайной выборке пациентов с онкологической патологией обнаружены отклонения от нормативных показателей в использовании защитных механизмов: при раке желудка (6 [6,8]), кишечника и легких (6 [5,8]) – отрицание; раке желудка, кишечника и легких (8[6,10]) – проекция; раке кишечника, легких (7 [5,8]) и желудка (5 [5,8]) – интеллектуализация; раке желудка, кишечника и легких (6[4,8]) – реактивное образование.

**Ключевые слова:** психоонкология, психические и поведенческие расстройства, междисциплинарный подход, психологические защитные механизмы, рак лёгких, рак желудка, рак кишечника, основные положения комбинированной терапии, комплексные программы.

### ВВЕДЕНИЕ

По данным экспертов (совместная работа авторов из Франции, Швейцарии и Англии) Международного агентства по изучению рака, в мире в 2018 г. зарегистрировано 18,1 млн новых случаев онкологических заболеваний и 9,6 млн случаев смерти от рака, при этом рак лёгких, желудка и кишечника занимает лидирующие позиции по показателям заболеваемости, болезненности и смертности в ряду другой злокачественной патологии [1]. Злокачественные новообразования коморбидны с непсихотическими психическими расстройствами [2].

Злокачественные новообразования в обществе считаются смертельными, а психические расстройства «неприличными», отношение к психически больным в нашей стране предубежденно-стигматизирующее и даже отрицательное [3]. Негативное отношение к психическим и онкологическим заболеваниям препятствует своевременному обращению и оказанию помощи, порождает их дистанцирование и непринятие, так как в общественном сознании диагноз рака тесно связан с умиранием и вызывает целый ряд экзистенциальных проблем, связанных с переосмыслением жизни и страхом смерти.

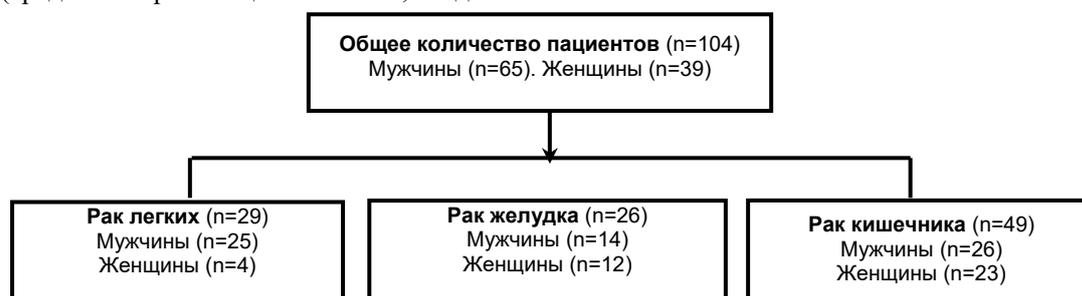
Снижение психического напряжения, уменьшение тревоги при травматических ситуациях в результате острой стрессовой реакции на болезнь достигается с помощью психологических защит [9]. Пациенты с онкологическими заболеваниями находятся в условиях хронического стресса, который вызван переживаниями неожиданного онкологического заболевания как такового, установлением диагноза, негативным восприятием реальности, страхами возникновения отдалённых метастазов, предстоящим изнуряющим лечением (химио- и лучевой терапией, оперативным вмешательством). Все это способствует развитию психических расстройств либо обострению существующих [5, 6, 7].

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение клинических проявлений психических расстройств, выявление особенностей основных типов психологических защит у пациентов с диагностированным раком лёгких, желудка и кишечника.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследуемую выборку были включены 104 пациента с диагностированным в соответствии с МКБ-10 злокачественным новообразованием лёгких (С34) – 24 чел., желудка (С16) – 26 чел. и кишечника (С18) – 49 чел., в возрасте от 28 и до 84 лет (средний возраст пациентов  $60 \pm 1,5$  года).



Р и с у н о к 1. Распределение обследованных пациентов по локализации онкологической патологии

Анализ количественных данных, приведенных на рисунке 1, показал, что наибольшую численность в выборке обследованных пациентов составляют больные с онкопатологией кишечника (47%). В группе пациентов с онкопатологией легких преобладают (86%) лица мужского пола, в двух других группах данной тенденции не наблюдается и имеет место примерно одинаковая представленность по параметру пола.

Изучение клинической картины психического состояния обследованных из выборки пациентов с диагнозом рака лёгких, желудка и кишечника показало, что среди них чаще всего встречаются невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (38 – 36,54%), на втором месте по встречаемости находились органические

В исследование были включены пациенты, находившиеся в торакальном и абдоминальном отделениях НИИ онкологии Томского НИМЦ, готовящиеся к оперативному лечению. Простая случайная выборка носила сплошной характер. Клинический анализ психического статуса пациентов проводился с помощью общепринятого клинкопсихопатологического метода. Для изучения психологических защит использовался опросник Индекс жизненного стиля (Plutchik R., Kellerman H., 1979) в интерпретации Е.Б. Клубовой [8].

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В выборке исследования большая часть приходилась на мужчин (65 – 62,5%), женщин было зарегистрировано меньше (39 – 37,5%). Онкологическая патология была представлена следующим образом: в преобладающем большинстве встречался рак кишечника (49 – 47%), второе место принадлежало раку лёгких (29 – 28%), третью позицию занимал рак желудка (26 – 25%). В каждой диагностической группе (по локализации злокачественного процесса) так же характерна более высокая доля мужчин, чем женщин: с диагнозом рака кишки – 26 пациентов (53%) и 23 пациентки (47%), с диагнозом рака лёгких – 25 мужчин (86%) и 4 женщины (14%), с диагнозом рака желудка – 14 мужчин (54%) и 12 женщин (46%).

расстройства (22 – 21,15 %), далее по распространенности следовали аффективные расстройства (20 – 19,23%). Выявлена минимальная встречаемость расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (2 – 1,92%) Менее четверти пациентов (22 – 21,15%) не имели психических расстройств, данная категория была включена в связи с тем, что выборка носила сплошной характер (табл. 1).

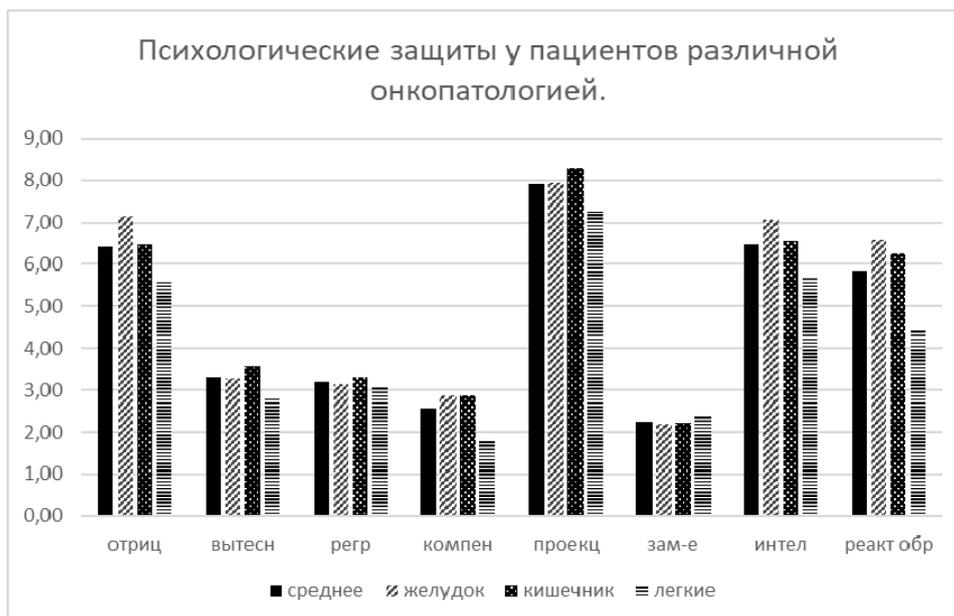
Таким образом, невротические расстройства с большей частотой встречаются у женщин, в то время как органические расстройства более характерны для мужчин, причем во всех группах онкопатологии. Расстройства личности в данной выборке наблюдались только у пациентов с диагностированным раком кишечника.

Т а б л и ц а 1. Сравнительное распределение встречаемости психических расстройств у пациентов с различной онкопатологией (рак легких, желудка и кишечника) в зависимости от пола (абс., %)

Без психических расстройств	Невротические расстройства	Аффективные расстройства	Органические расстройства	Расстройства личности
Рак легких				
8 – 7,7%, в т.ч. 8 мужчин	7 – 6,73%, в т.ч. 3 мужчин и 4 женщины	5 – 4,81% все мужчины	9 – 8,65% все мужчины	-
Рак желудка				
4 – 3,84%, в т.ч. 3 мужчин и 1 женщина	11 – 10,57%, в т.ч. 3 мужчин и 8 женщин	8 – 7,7%, в т.ч. 4 мужчин и 4 женщины	5 – 4,81%, в т.ч. 4 мужчин и 1 женщина	-
Рак кишечника				
10 – 9,61%, в т.ч. 7 мужчин и 3 женщины	20 – 19,23%, в т.ч. 6 мужчин и 14 женщин	7 – 6,73%, в т.ч. 5 мужчин и 2 женщины	8 – 7,7%, в т.ч. 5 мужчин и 3 женщины	2 – 1,92% все мужчины
Всего				
n=22; 21,15%	n=38; 36,54%	n=20; 19,23%	n=22; 21,15%	n=2; 1,92%

У 8 пациентов из категории лиц без психических расстройств (исключительно пациенты мужского пола) наблюдались донозологические расстройства астенического типа с преобладанием психической утомляемости. У пациентов с донозологическими расстройствами выявлялись жалобы невротического круга, слабость, утомляемость, нарушения сна. Кроме того, их беспокоили тревожные мысли о будущем, диагноз онкологического заболевания вызывал негативные эмоции в виде растерянности, беспомощности, напряженности, но они не достигали уровня какого-либо психического расстройства как на протяжении всего периода наблюдения, так и во время установления диагноза и в течение госпитализаций в НИИ онкологии. Пациентов, у которых не выявлялись психические расстройства (14 из 22 – 63%), в том числе на донозологическом уровне, объединяло двойственное восприятие ситуации

госпитализации в онкологический стационар. С одной стороны, они своевременно обращаются к онкологу, обдуманно и на осознанном уровне именно в НИИ онкологии Томска, охотно выполняют протокол лечения, тщательно соблюдая прием назначенных препаратов. С другой стороны, они вытесняют действительность, не считают себя онкологическими больными: «это всё как не со мной», «я тут, а рак где-то там», «доктор сказал нужно оперироваться, только поэтому и приехал». При анализе психологических защит установлено, что у всех пациентов показатели по четырем защитам превышают нормативные значения: отрицание, проекция, интеллектуализация и реактивное образование. Анализ таблицы 2 свидетельствует о том, что у пациентов с диагнозом рака желудка, кишечника и лёгких преобладают четыре МПЗ: отрицание, проекция, интеллектуализация и реактивное образование.



При расчётах использовали медиану (серединное ранжированное значение) в связи с неравно-

мерностью групп и малым объемом выборки исследования.

Т а б л и ц а 2. Сравнительное распределение встречаемости психологических защит у пациентов с различной онкопатологией (рак легких, желудка и кишечника) Медиана квартиль (25-75)

Вид онкопатологии	Отрицание	Вытеснение	Регрессия	Компенсация	Проекция	Замещение	Интеллектуализация	Реактивное образование
Рак желудка	6 [6,8]	3 [2,5]	1 [1,5;4]	2 [1,4]	8 [6,10]	2 [1,3;5]	5 [5,8]	6 [4,8]
Рак кишечника	6 [5,8]	3 [2,5]	3 [1,5;4]	2 [1,4]	8 [6,10]	2 [1,3;5]	7 [5,8]	6 [4,8]
Рак лёгких	6 [5,8]	3 [2,5]	3 [1,5;4]	2 [1,4]	8 [6,10]	2 [1,3;5]	7 [5,8]	6 [4,8]

Высокие показатели защиты отрицание свидетельствуют о том, что пациенты бессознательно отвергают мысли о тяжести и серьёзности их состояния. С помощью проекции они, интуитивно транслируя, собственные импульсы, в том числе отрицательные, причисляют окружающим, например, соседям по палате, медицинскому персоналу, членам семьи. Благодаря реактивному образованию им удастся преобразовать бессознательные импульсы во что-то другое, например, страх за свою жизнь в необходимость заботиться о своих близких, оказывать им поддержку. С помощью интеллектуализации они избавляются от мучительных и тревожных переживаний благодаря логическим построениям, чувства подменяются мыслительными процессами.

Психофармакологическая и психотерапевтическая поддержка в нашем исследовании определялась ведущим синдромом, психиатрической нозологией и проводилась с учётом полученных данных о типах психологических защит, которые так же являются психотерапевтическими мишенями. Пациенты в беседе предъявляли жалобы на сниженное настроение, нарушения сна, беспокойство о своём будущем, апатию и утомляемость. При аффективных расстройствах, в том числе органического происхождения, пациентам назначались антидепрессанты. Выбор антидепрессантов для пациентов с онкологическими заболеваниями должен учитывать совместимость психотропных препаратов с проводимой противоопухолевой терапией и их клинические эффекты – седативный (миртазапин, флувоксамин, агомелатин), стимулирующий (циталопрам, флуоксетин), сбалансированный (эсциталопрам, сертралин) [4]. При невротических расстройствах психофармакологическая поддержка применялась в зависимости от тяжести психопатологической симптоматики. При выраженных симптомах тревоги и значительном снижении настроения назначались антидепрессанты, в основном из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. В случаях наличия противопоказаний выполнялась замена на антидепрессанты из других групп (например, эсциталопрам противопоказан при нарушениях свёртываемости крови и повышенной кровоточивости). При нарушениях сна и эпизодах выраженной тревоги назначался транквилизатор бензодиазепинового ряда (феназепам)

в стандартной терапевтической дозировке. Пациенты с органическими расстройствами консультировались неврологом, при необходимости получали сосудистую терапию и ноотропы.

Психотерапевтическая поддержка, ориентированная на эффективные стратегии поведения, развитие уверенности в себе и веры в людей, носила индивидуальный характер. Психотерапевтический блок был разделён на несколько этапов. На первом этапе происходило знакомство с пациентом, выявление основных симптомов, жалоб, психотравмирующих ситуаций. На этом этапе решался вопрос о назначении психофармакологической поддержки и психопатологическом диагнозе. На втором этапе проходило обсуждение онкологического диагноза, выявление негативных представлений о нём. В связи с тем, что у пациентов с различной онкопатологией (рак лёгких, желудка и кишечника) выявлено практически идентичное использование одних и тех же защит (отрицание, проекция и интеллектуализация и реактивное образование), важным условием успешной работы является поиск и проговаривание переживаний, в том числе вызванных диагнозом, нахождением в стационаре, возможным изменением социального статуса (инвалидность), а также значимых психотравмирующих ситуаций, не связанных с диагнозом. Снижение напряжённости психологических защит достигается в процессе активного слушания, отражения чувств, при этом более важны приобретение новых знаний и умение интерпретировать жизненные стрессы и связанные с ними переживания, а не сами защиты [16]. Процесс принятия онкологического диагноза может занимать длительное время, однако он способствует последующей конструктивной психологической адаптации пациента, его приверженности к лечению, принятию себя, реалистичности и ответственности за свои эмоциональные нарушения [10].

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По итогам исследования можно констатировать, что пациенты с психическими расстройствами, развившимися в результате онкопатологии, не склонны обращать внимание на своё психоэмоциональное состояние, они не жалуются лечащему врачу-онкологу, не обращаются самостоятельно к специалистам в области психического здоровья.

Вероятно, это связано с высоким напряжением ведущей используемой психологической защиты отрицание. Еще одной причиной отказа от обращения за психиатрической помощью является социальная неодобряемость обществом лиц с отклонениями в состоянии психического здоровья. Более того, обращение к врачу-психотерапевту, тем более психиатру не является обыденной социальной нормой. Это можно подтвердить тем, что в нашей выборке достоверно известно только об одном пациенте, наблюдавшемся у врача-психиатра до установления онкологического диагноза (с паническим расстройством). При этом больные погружаются в ощущение безнадежности и мучительных переживаний, неспособности что-либо изменить в своей жизни, обращаются в бегство от реальности. Таким образом, очевидна важность практической реализации вопроса о популяризации и доступности психотерапевтической помощи для пациентов онкологического стационара (с диагнозом рака лёгких, желудка и кишечника) с тенденцией к активному преодолению трудностей и формированию жизненного оптимизма.

#### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов в связи с публикацией материалов данной статьи.

#### ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование выполнено за счет бюджетного финансирования в рамках темы «Комплексное исследование клинико-психопатологических закономерностей и патобиологических механизмов формирования и прогрессивности социально значимых психических и поведенческих расстройств с разработкой инновационных методов ранней диагностики, персонализированных стратегий терапии и профилактики» (№ АААА-А19-119020690013-2).

#### СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

При проведении исследования соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской декларации ВАМ. Исследование одобрено Локальным этическим комитетом при НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол № 98 от 20 марта 2017 г.).

#### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, Bray F. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Cancer*. 2019 Apr 15;144(8):1941-1953. doi: 10.1002/ijc.31937
2. Nakash O, Levav I, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Andrade LH, Angermeyer MC, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida JM, Florescu S, de Girolamo G, Gureje O, He Y, Hu C, de Jonge P, Karam EG, Kovess-Masfety V, Medina-Mora ME, Moskalewicz J, Murphy S, Nakamura Y, Piazza M, Posada-Villa J, Stein DJ, Taib NI, Zarkov Z, Kessler RC, Scott KM. Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: findings from the World Mental Health Surveys. *Psychooncology*. 2014 Jan;23(1):40-51. doi: 10.1002/pon.3372
3. Шевеленкова Т.Д., Твердохлеб Н.А. Отношение к психически больным людям в современном российском обществе. Вестник Российского государственного гуманитарного университета. Серия. «Психология. Педагогика. Образование». 2015. № 2 (145). С. 139-149. Shevelenkova TD, Tverdokhleba NA. Attitude to mentally ill people in the modern Russian society. *Bulletin of the Russian State Humanitarian University. Series. "Psychology. Pedagogy. Education"*. 2015;2(145):139-149 (in Russian).
4. Лебедева Е.В., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г. Комплексная реабилитация пациентов с депрессивными расстройствами, ассоциированными с онкопатологией: Медицинская технология. Томск: Издательство «Иван Фёдоров», 2016. 40 с. Lebedeva EV, Schastnyy ED, Simutkin GG. Complex rehabilitation of patients with depressive disorders associated with oncopathology: Medical technology. Tomsk: Publishing House "Ivan Fedorov", 2016: 40 (in Russian).
5. Семке В.Я., Чойнзонов Е.Л., Куприянова И.Е., Балацкая Л.Н. Развитие сибирской психоонкологии. Томск: Издательство Томского университета, 2008. 198 с. Semke VYa, Choinzonov EL, Kupriyanova IE, Balatskaya LN. Development of Siberian psycho-oncology. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2008: 198 (in Russian).
6. Holland JC. Psycho-oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology*, 2018 May, 27(5): 1364–1376. doi: 10.1002/pon.4692
7. Surman M, Janik ME. Stress and its molecular consequences in cancer progression. *Postepy Hig Med Dosw (Online)*. 2017 Jun 12;71(0):485-499. doi: 10.5604/01.3001.0010.3830
8. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б., Петрова Н.Н., Беспалько И.Г., Березин М.А., Савельева М.И., Таукенова Л.М., Штрахова А.В., Аристова Т.А., Осадчий И.М. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей / науч. ред. Л.И. Вассерман. СПб. : Издательский центр СПб НИ психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. 2005. 48 с. Wasserman LI, Eryshv OF, Klubova EB, Petrova NN, Bepalko IG, Berebin MA, Savelyeva MI, Taukenova LM, Shtrakhova AV, Aristova TA, Osadchiy IM. Psychological diagnostics of the life style index: a guide for psychologists and doctors / scientific editor L.I. Wasserman. St. Petersburg : Publishing Center of the St. Petersburg Scientific Research Psychoneurological Institute named after V.M. Bekhterev, 2005: 48 (in Russian).

9. Прангишвили А.С., Шерозия А.Е., Бассин Ф.В. Роль неосознаваемой психической деятельности в развитии и течении соматических клинических синдромов. Бессознательное: природа, функции, методы исследования. Тбилиси: Изд-во «Мецниереба», 1978. Т. 2. С. 195-216. Prangishvili AS, Sherozia AE, Bassin FV. The role of unconscious mental activity in the development and course of somatic and clinical syndromes. The unconscious: nature, functions, research methods. Tbilisi: Metsniereba Publishing House, 1978;2:195-216 (in Russian).
10. Заливин А.А., Набока М.В., Волосникова Е.С. Психолого-психотерапевтические аспекты реабилитации онкологических пациентов. Омский психиатрический журнал. 2019. № 3 (21). С. 36-40. Zalivin AA, Naboka MV, Volosnikova E.S. Psychological and psychotherapeutic aspects of recovery in oncological patients. Omsk Psychiatric Journal. 2019;3(21):36-40 (in Russian).
11. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М. : Изд-во МегаПро: 2010. С. 132. Churkin AA, Martyushov AN. A practical guide to the use of ICD-10 in psychiatry and narcology. Moscow: MegaPro Publishing House: 2010:132 (in Russian).
12. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Изд-во «Класс», 2010. С. 480. McWilliams N. Psychoanalytic diagnostics: Understanding the structure of personality in the clinical process. Moscow: Publishing House "Class", 2010:480 (in Russian).

Поступила в редакцию 10.11.2020  
Утверждена к печати 03.03.2021

Куприянова Ирина Евгеньевна, доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний. Author ID Scopus 6603689461/57201322290/57201322289. ORCID iD 0000-0003-495-7811. Author ID РИНЦ 551544. SPIN-код РИНЦ 1617-6349.

Гураль Евгения Сергеевна, младший научный сотрудник отделения пограничных состояний. SPIN-код РИНЦ 6495-6828. Author ID 695002.

Тузиков Сергей Александрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий торакальным отделением. SPIN-код РИНЦ 5662-6431. Researcher ID WOS D-1176-2012. Author ID Scopus 6507842873.

✉ Куприянова Ирина Евгеньевна, irinakupr@rambler.ru

UDC 616.85-06:616.89:616.24-006:616.33-006.6:616.34-006.6:159.9.018.3:615.214:615.851

For citation: Kupriyanova I.E., Gural E.S., Tuzikov S.A. Clinical manifestations of non-psychotic mental disorders, the main types of psychological defenses, the possibilities of psychopharmaco- and psychotherapy in patients with oncopathology. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2021; 1 (110): 31–37. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-31-37](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-31-37)

## Clinical manifestations of non-psychotic mental disorders, the main types of psychological defenses, the possibilities of psychopharmaco- and psychotherapy in patients with oncopathology

Kupriyanova I.E.<sup>1</sup>, Gural E.S.<sup>1</sup>, Tuzikov S.A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences  
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation*

<sup>2</sup> *Cancer Clinic Research Institute of Oncology, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences  
Savinykh Street 12/1, 634028, Tomsk, Russian Federation*

### ABSTRACT

**Background.** Oncological pathology, characterized by the significant dynamics of increase in the number of cases and high mortality, is a relevant topic and an urgent medical problem, in connection with which it predetermines the need to improve complex programs of treatment and rehabilitation. Psychoemotional disorders, somato- and psychogenic mental disorders are widespread among patients with oncological diseases. The paper shows the clinical features of mental disorders, the most common psychological defenses in the crisis situation of the disease and discusses the possibilities of therapy in patients with various oncopathologies (cancer of the lungs, stomach and intestines). **Material and Methods.** The study involved 104 patients with ICD-10 diagnosis of malignant neoplasms of the lungs (C34), stomach (C16) and intestines (C18). All patients were examined by a psychiatrist using a traditional clinical psychopathological method. To study the preferred psychological defenses, the Lifestyle Index method was used. Comparative analysis of the nosological structure of patients with diagnosed mental and behavioral (78.84%) disorders revealed neurotic, stress-related, and somatoform (36.54%), organic (21.15%) and affective (19.23%) disorders. In some cases, a personality disorder was registered (1.92%). Approximately one fifth (21.15%) of patients had not any mental disorder. In the studied simple random sample of patients with oncological pathology, deviations from the standard indicators in the use of defense mechanisms were found: with cancer of the stomach (6 [6.8]), intestines and lungs (6 [5.8]) – denial; cancer of the stomach, intestines and lungs (8 [6.10]) – projection; cancer of the intestine, lungs (7 [5.8]) and stomach (5 [5.8]) – intellectualization; cancer of the stomach, intestines and lungs (6 [4.8]) – reactive formation.

**Keywords:** psycho-oncology, mental and behavioral disorders, interdisciplinary approach, psychological defense mechanisms, lung cancer, stomach cancer, bowel cancer, the main provisions of combination therapy, complex programs.

Received November 10.2020

Accepted March 03.2021

Kupriyanova Irina E., MD, Prof, lead researcher of the Borderline State Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. Author ID Scopus 6603689461/57201322290/57201322289. ORCID iD 0000-0003-495-7811. RISC Author ID 551544. RISC SPIN-code 1617-6349.

Gural Evgeniya S., junior researcher of the Borderline State Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. RISC SPIN-code 6495-6828. RISC Author ID 695002.

Tuzikov Sergey A., MD, Prof, Head of the Thoracic Department, Cancer Clinic of Cancer Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. RISC SPIN-code 5662-6431. Researcher ID D-1176-2012. Scopus Author ID 6507842873.

✉ Kupriyanova Irina E., [irinakupr@rambler.ru](mailto:irinakupr@rambler.ru)

УДК 616.89.4:616.891.6:616.8-008.64:615.155-056.24:614.253.89

Для цитирования: Миклин Д.Н. Психопатологическая симптоматика (проявления дистресса, тревоги, депрессии и соматизации) у ближайших родственников гематоонкобольных: клинико-динамический аспект. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2021; 1 (110): 38–43. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-38-43](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-38-43)

## **Психопатологическая симптоматика (проявления дистресса, тревоги, депрессии и соматизации) у ближайших родственников гематоонкобольных: клинико-динамический аспект**

**Миклин Д.Н.**

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»  
Россия, 426034, Ижевск, ул. Коммунаров, 281

### **РЕЗЮМЕ**

**Цель:** изучить психогенные психические расстройства, характеризующиеся проявлениями дистресса, тревоги, депрессии и соматизации у ближайших родственников гематоонкобольных в клинико-динамическом аспекте. **Материалы и методы.** На базе гематологического отделения БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница» (Ижевск) проведено лонгитюдное исследование у ближайших родственников онкобольных с диагнозом: острый нелимфобластный лейкоз. В исследовательскую выборку включены мужчины и женщины 18–65 лет. Исследование проводилось в трех точках временного интервала: дебют, 3 и 6 месяцев. Созависимые отношения в семьях изучены по степени родства: по горизонтальной и вертикальной первой линии. Психопатологическая симптоматика пограничного уровня у родственников, вызванная психотравмой, оценивалась с помощью четырехмерного опросника для оценки дистресса, депрессии, тревоги, соматизации (4DSQ – 4ДДТС). **Результаты и обсуждение.** Наличие у родственника злокачественного заболевания оказывается значительным негативным событием для ближайшего окружения и является фактором нарушения психоэмоционального состояния, что часто приводит к проявлениям депрессии, тревоги, вины и беспомощности в условиях сложившейся кризисной действительности. Постоянно повышенное напряжение в результате стресса в связи с потенциально опасной болезнью предопределяет эмоционально-психологическую дезорганизацию, приводящую к дезадаптивным патологическим процессам у родственников онкобольных, ухудшению их психического здоровья. Проведенное исследование позволяет оценить воздействие психогенного фактора в виде злокачественного заболевания у члена семьи на развитие и динамику психопатологической симптоматики у близких родственников. В исследуемой выборке ближайших родственников выявлена высокая встречаемость основных симптомокомплексов: дистресс (n=33, 35,8%), соматизация (n=18, 19%), депрессия (n=18, 19,5%). Установлено, что благодаря внешним и внутренним ресурсам личности адаптивный процесс способствует восстановлению психического состояния родственников к 6-му месяцу лечения. Наиболее интенсивное восстановление происходит в первые 3 месяца, что свидетельствует об эффективности функционирования психологических защит для усиления компенсаторных антистрессовых механизмов высшей нервной деятельности в среднесрочной перспективе и необходимости тактики раннего вмешательства.

**Ключевые слова:** психоонкология, онкобольные, родственники онкобольных, дистресс, депрессия, тревога, соматизация, психиатрическая и психолого-психотерапевтическая помощь, психическое здоровье.

### **ВВЕДЕНИЕ**

Согласно результатам, представленным в зарубежных и отечественных работах, в последние годы наблюдается значительный рост распространенности психопатологической симптоматики в виде проявлений депрессии, тревоги, дистресса и соматизации [1, 2, 3]. Особую роль в этом авторы отводят онкологическим заболеваниям [4]. Стрессовые ситуации на этапе реакции в ответ на сообщение о подтвержденном диагнозе онкозаболевания испытывают не только сами больные, но и их окружение – близкие родные. Наличие у родственника злокачественного забо-

левания оказывается настолько значительным отрицательным событием для ближайшего окружения, что часто приводит к состоянию депрессии, тревоги, вины, беспомощности к сложившейся действительности [5, 6]. Родные переживают в ответ на стрессовую ситуацию палитру эмоций: желание помочь и ощущение безысходности, боль, страх, надежду и безысходность одновременно, идеи виновности и самообвинения [7]. Сверхнегативность ситуации приводит к эмоциональной и психологической дезорганизации, дезадаптивным процессам близких, ухудшению их психического здоровья [8, 9, 10].

Актуальность данной проблемы заключается ещё и в том, что рост онкологической патологии приводит к повышению случаев психогений у созависимого контингента ближайшего окружения [11]. Анализируя публикуемую литературу по психолого-психиатрической проблематике онкологии, становится очевидной актуальность и приоритетность тем, посвященных психическим и психосоматическим расстройствам у онкобольных. В то же время отечественные публикации по изучению психогенных психических расстройств в виде дистресса, тревоги, депрессии и соматизации у ближайших родственников онкогематологических больных, встречаются в литературе достаточно редко [7, 8, 12].

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение психопатологической симптоматики у ближайших родственников, характеризующейся проявлениями дистресса, тревоги, депрессии и соматизации с позиций клинико-динамического наблюдения, вызванной психогенным фактором гематологического онкозаболевания у члена их семьи.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа выполнялась на базе гематологического отделения БУЗ Удмуртской республики «Первая республиканская клиническая больница Минздрава Удмуртской Республики». Проведено открытое выборочное клиническое проспективное лонгитюдное исследование ближайших родственников ( $n=92$ ) онкогематологических больных ( $n=92$ ) с верифицированным диагнозом по МКБ-10: острый миелоидный (нелимфобластный) лейкоз (С92.0). В исследовательскую выборку включены лица мужского и женского пола в возрасте от 18 до 65 лет. Созависимые отношения в семьях изучались по степени родства: по горизонтальной и вертикальной первой линии. Исследование проводилось в трех точках временного интервала: дебют, 3 и 6 месяцев. В первой выборке (больных) доля женщин была меньше ( $n=40$ , 43,5%), чем мужчин ( $n=52$ , 56,5%), их средний возраст составил  $43,09 \pm 14,79$  года, медиана (Me) – 44 [30,25; 55]. Во второй выборке (родственников) женщин оказалось больше ( $n=59$ , 64,1%), чем мужчин ( $n=33$ , 35,9%), средний возраст –  $44,97 \pm 13,69$  года, медиана (Me) – 46 [31; 57].

В период исследования изначальная численность ( $n=92$ ) рассматриваемой выборки прогрессивно снижалась по причине летальности больных от основного заболевания – острый нелимфобластный лейкоз. В 3-месячный временной период в группе родственников ( $n=88$ ) участвовали 59 женщин и 29 мужчин. К концу 6-месячного периода выборка ближайшего окружения ( $n=70$ ) сократилась ещё больше (49 женщин и 21 мужчина).

Опрос и беседа с больными осуществлялась в палате интенсивной терапии гематологического отделения, общение с родственниками больных (информация о состоянии его здоровья, методах различных обследований, вариантах лечения, прогнозе заболевания) – на приеме у врача в момент постановки диагноза, через 3 и 6 месяцев.

Для решения поставленных целей и задач оценивали эмоциональное и психовегетативное напряжение, скрытую тревогу и депрессию, соматовегетативную недостаточность и ранние симптомы соматизированных психических расстройств на основе четырехмерного голландского опросника для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации, адаптированного к российской популяции (4ДДТС) [13, 14, 15].

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением программы SPSS 22. Методами математической статистики осуществлен расчет средних значений (M), стандартного отклонения ( $\pm\sigma$ ), медианы (Me), нижнего и верхнего квартилей [25;75].

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате изучения и анализа анамнестических сведений выявлены основные социально-демографические характеристики ближайших родственников гематоонкобольных. Возраст родственников приходился на диапазон от 18 до 65 лет. Средний возраст родственников в дебюте заболевания имел примерно одинаковые показатели: мужчины –  $44,39 \pm 14,68$  года, Me – 46, межквартильный размах [29;58], женщины –  $45,3 \pm 13,22$  года, Me – 46 [31;56]. В течение 3 месяцев существенных изменений по величине среднего возраста у респондентов не выявлено. Через 6 месяцев средний возраст родственников незначительно изменился: мужчины –  $42,75 \pm 14,09$  года, Me – 43 [28,5;56], женщины –  $45,6 \pm 12,77$  года, Me – 46 [32,5;56,25].

На момент первоначального исследования родственников гематоонкобольных ( $n=92$ ) менее пятой части ( $n=21$ , 22%) являлись пенсионерами, преобладающее большинство ( $n=71$ , 78%) были работниками различных сфер деятельности. Высшее образование выявлено незначительно реже, чем среднее специальное образование:  $n=38$  (41%) против  $n=54$  (59%). Причем женщин с высшим образованием зарегистрировано больше, чем мужчин (63,2% против 36,8%). Среди родственников большинство ( $n=71$ ) состояли в законном браке, из них доля состоящих в зарегистрированном браке женщин ( $n=44$ , 62%) была выше, чем мужчин ( $n=27$ , 38%). Из родственников гематоонкобольных одного ребенка имели 27 респондентов (29,3%), двух детей – 39 (42,4%), трех – 11 (12,0%), не имели детей – 15 (16,3%).

В выборке родственников гематоонкобольных (n=92) преобладали представители русской национальности (n=65, 70,2%) по сравнению с лицами удмуртской (n=17, 18%) и татарской (n=10, 10,8%) национальностей. Более трети (37%) исследованных родственников имели патологию желудочно-кишечного тракта, у 23% респондентов выявлены заболевания сердечно-сосудистой

системы, причем родственники отличались преобладанием парасимпатической регуляции вегетативной нервной системы (n=72, 78,3%). Частота поражения других систем организма была представлена единичными случаями.

У родственников гематоонкобольных были определены средние значения баллов по четырем шкалам опросника 4ДДТС (табл. 1).

**Таблица 1. Сравнительная характеристика средних значений показателей у родственников гематоонкобольных по опроснику 4ДДТС в дебюте заболевания, через 3 и 6 месяцев**

Шкала опросника 4ДДТС	Средние значения показателей по опроснику 4ДДТС								
	Дебют онкозаболевания			Через 3 месяца			Через 6 месяцев		
	М±б	Ме	[25;75]	М±б	Ме	[25;75]	М±б	Ме	[25;75]
Соматизация	7,7±6,02	6,0	[4;10]	6,97±5,63	5,5	[3;10]	6,97±5,97	6,0	[2;10]
Дистресс	9,94±6,55	9,0	[5,25;13]	7,26±6,42	5,5	[2;11]	7,23±5,9	6,0	[2,5;11]
Тревога	3,41±3,6	2,0	[0,25;6]	2,39±3,47	1,0	[0;4]	2,44±3,32	1,0	[0;5]
Депрессия	0,89±1,55	0	[0;1]	1,06±2,17	0	[0;1]	0,59±1,27	0	[0;1]

Примечание: М – среднее значение, б – среднеквадратичное отклонение, Ме – медиана, межквартильный размах – [25;75].

Выявлено, что средние значения показателей у родственников гематоонкобольных к 6-му месяцу течения болезни неуклонно снижаются. Причем наибольшая выраженность происходящего снижения наблюдается по показателю «депрессия» – с 0,89±1,55 до 0,59±1,27. Данное состояние может рассматриваться как адаптивный стимулирующий процесс, исходя из имеющихся личностных ресурсов (внешних или внутренних), когда

в ситуации болезни члена семьи и угрозе безопасности всей семейной системы наблюдается осознание происходящего, принятие реальности, вырабатываются защитные механизмы, происходит адаптация к формирующимся условиям.

Из общей совокупности исследуемых родственников онкобольных нами были выделены респонденты с высоким уровнем показателей анкеты 4ДДТС. Данные представлены в таблице 2.

**Таблица 2. Сравнительная характеристика психовегетативных показателей с высокой и средней степенью выраженности у родственников гематоонкобольных в дебюте заболевания, через 3 и 6 месяцев**

Шкала опросника 4ДДТС	Показатели с высокой и средней степенью выраженности у родственников гематоонкобольных		
	Дебют онкозаболевания	Через 3 месяца	Через 6 месяцев
Соматизация	n=18 (19,5%)	n=11 (12,5%)	n=10 (14,3%)
Дистресс	n=33 (35,8%)	n=20 (22,7%)	n=16 (22,8%)
Тревога	n=6 (6,5%)	n=6 (6,8%)	n=5 (7,1%)
Депрессия	n=18 (19,5%)	n=16 (18%)	n=7 (10%)

Примечание: n – абсолютный показатель, % – относительный показатель.

Анализируя динамику изменения психовегетативных показателей у родственников гематоонкобольных в трех изучаемых временных срезах, можно констатировать, что в дебюте заболевания родственники гематоонкобольных находятся в состоянии дезорганизации, что не позволяет осмыслить проблему в целом, сделать выбор оптимальной стратегии действий, принять логически-последовательные решения. На данном этапе на родственников оказывает влияние совокупность внешних и внутренних феноменов; взаимодействуя друг с другом, они подчиняются в ситуации нарастающего кризиса каким-то другим правилам и законам, которые не могут быть объяснены с позиций рациональности и математической логики [12]. Согласно исследованиям, проведенным в Центре сотрудничества ВОЗ по пал-

лиативному лечению (Оксфорд) [16], эмоциональные переживания развиваются в изменившихся условиях жизни и достигают максимального напряжения в ситуации постановки онкологического диагноза, что совпадает с результатами нашего исследования.

Понимание кризисной и драматичной ситуации угрозы жизни близкого человека, в которой родственники гематоонкобольных оказались роковым образом – сложный, многогранный и многофакторный процесс. На психоэмоциональную составляющую родственников оказывает влияние своеобразие семейной жизнедеятельности, личностно-психологическая устойчивость членов семьи и индивидуальная резистентность к стрессу, наличие прошлого опыта преодоления трудных жизненных ситуаций [17].

Система семейного функционирования в условиях фрустрирующего воздействия трансформируется одновременно с процессом адаптации ближайшего окружения с выработкой нового уровня поведения и деятельности к 3-му месяцу течения заболевания. Родственники пытаются найти запасной источник ресурсов в самой окружающей жизни. Для одних это социальная поддержка или обращение к религии, для других – забота и родственная поддержка близкого человека начинает приобретать особый смысл в новой жизни, имея ввиду способность помочь тем, кого любили [12]. В этот промежуточный период происходит наиболее интенсивное восстановление, что свидетельствует о значении психологических защит личности в системе компенсаторных механизмов высшей нервной деятельности в среднесрочной перспективе и необходимости применения тактики раннего вмешательства.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В результате проведенного исследования психогенных психических расстройств, характеризующихся проявлениями дистресса, тревоги, депрессии и соматизации у ближайших родственников гематонкобольных в клинко-динамическом аспекте, можно сформулировать основные выводы.

Изучение выборки родственников онкогематобольных с диагнозом: острый нелимфобластный лейкоз в структуре психогенных психических расстройств показало частую встречаемость следующих проявлений на момент дебюта заболевания: дистресс (n=33, 35,8%), соматизация (n=18, 19,5%), депрессия (n=18, 19,5%), тревога (n=6, 6,5%).

Адаптивный процесс с приспособлением к изменениям к среде (больной член семьи) благодаря внешним и внутренним ресурсам личности способствует восстановлению психической устойчивости родственников к 6-му месяцу лечения заболевания, что подтверждается снижением изучаемых показателей: дистресс (n=16, 22,8%), соматизация (n=10, 14,3%); депрессия (n=7, 10,0%), тревога (n=5, 7,1%).

Более интенсивное восстановление происходит в первые 3 месяца, что отражается в более форсированном снижении изучаемых показателей в трехэтапном наблюдении: дистресс (22,8%), соматизация (12,5%), депрессия (18,0%), тревога (6,8%) и подтверждает высокую значимость психологических защит личности в системе компенсаторных механизмов высшей нервной деятельности в среднесрочной перспективе и необходимости выбора тактики раннего вмешательства.

Для коррекции уровня тревожности при раннем вмешательстве необходимо назначение анксиолитиков, бензодиазепинов, препаратов ГАМК, снижающих уровень деструктивной тревоги. С целью снижения проявлений депрессии назначаются антидепрессанты с анксиолитиче-

ским и редуцирующим действием на срок не менее 2 месяцев. При повышенном уровне дистресса и нервного напряжения эффективно воздействуют дебрифинг, позитивная и рациональная психотерапия с опорой на продуктивный прошлый опыт совладания с дистрессом. Проявления соматизации нивелируются методами катарсической терапии, терапии первичным криком, динамической медитации, кинезиотерапии.

### **КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ**

Автор заявляет об отсутствии возможных конфликтов интересов в связи с публикацией материалов данной статьи.

### **ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ**

Исследование не имело спонсорской или иной финансовой поддержки.

### **СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ**

Настоящее исследование выполнено в соответствии с руководством ICN по доброкачественной клинической практике, правилами GCP (Good Clinical Practice) и Хельсинской декларацией ВМА по проведению биометрических исследований на людях. Исследование проводилось на основе информированного согласия по п. 4.6.1. приказа № 163 (ОСТ 9/500.14.001 – 2002) МЗ РФ.

### **ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES**

1. Говорин Н.В., Бодагова Е. А. Психическое здоровье и качество жизни врачей. Томск, Чита: Изд-во Иван Федоров, 2013. 124 с. Govorin NV, Bodagova EA. Mental health and quality of life of doctors. Tomsk, Chita: Publishing House "Ivan Fedorov", 2013:122 (in Russian).
2. Онкопсихология. Руководство для врачей-онкологов и медицинских психологов / ред. А.М. Беляев, М.В. Рогачев, Т.Ю. Семиглазова, В.А.Чулкова. СПб. : АНМИ «Вопросы онкологии», 2017. 350 с. Onco-psychology. Handbook for oncologists and clinical psychologists. AM Belyaev, MV Rogachev, TYu Semiglazova, VA Chulkova, eds. St. Petersburg: Autonomous non-for-profit scientific and medical organization "Oncology Issues", 2017:350 (in Russian).
3. Akechi T, Akizuki N, Okamura M, Shimizu K, Oba A, Ito T, Yoshikawa E, Nakano T, Inagaki M, Uchitomi Y. Psychological distress experienced by families of cancer patients: preliminary findings from psychiatric consultation of a Cancer Center Hospital. Jpn J Clin Oncol. 2006 May;36(5):329-32. doi: 10.1093/jjco/hyl029
4. Иванов С.В. Депрессивные расстройства в онкологии (обзор). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. Т. 112(11). С. 104-109. Ivanov SV. Depressive disorders in oncology (review). S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2012;112(11):104-109 (in Russian).
5. Реверчук И.В. Теоретические и методологические противоречия становления биопсихосоциальной парадигмы. Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 109-123. Rever-

- chuk IV. Theoretical and methodological contradictions in the formation of the biopsychosocial paradigm. *Bulletin of Psychiatry and Psychology of Chuvashia*. 2008;4:109-123 (in Russian).
6. Костина Н.И. Психологическая помощь онкобольным и родственникам на стационарном этапе. *Злокачественные опухоли*. 2016. № 451 (21). С. 161-162. Kostina NI. Psychological support to cancer patients and relatives at the inpatient stage. *Malignant Neoplasms*. 2016;451(21): 161-162 (in Russian).
  7. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных. *Практическая онкология*. 2001. Т. 2, № 1 (05). С. 5-13. Gnezdilov AV. Mental changes in cancer patients. *Practical Oncology*. 2001;2,№.1(05):5-13 (in Russian).
  8. Дейнека Н.В., Курбатова Е.Г. Психологическая характеристика адаптации к болезни при лейкозах. *Наука вчера, сегодня, завтра: сборник статей по материалам XLI междунар. научно-практ. конф. Часть I. Новосибирск : Изд-во СибАК*. 2016. Т. 12 (34). С. 114-118. Deineka NV, Kurbatova EG. Psychological characteristics of adaptation to disease in leukemia. *Science yesterday, today, tomorrow: a collection of articles based on the materials of the XLI international scientific and practical conference. Part I. Novosibirsk : Publishing House SibAK*. 2016;12(34):114-118 (in Russian).
  9. Реверчук И.В., Главатских М.М., Миклин Д.Н. Применение психосемантических методов в диагностике психоэмоционального статуса ближайших родственников онкобольных. *Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке»*. 2018. Т. 20, № 5. С. 52-57. Reverchuk IV, Glavatskikh MM, Miklin DN. The use of psychosomatic techniques in the diagnosis of mental and emotional status of close relatives of cancer patients. *Electronic scientific and educational bulletin "Health and Education in the XXI Century"*. 2018;20(5):52-57 (in Russian).
  10. Реверчук И.В., Главатских М.М., Миклин Д.Н. Клинические особенности стресс-совладающего поведения и качества жизни у женщин – родственниц онкологических больных. *Медицинская сестра*. 2019. Т. 21, 3 1. С. 18-21. Reverchuk IV, Glavatskikh MM, Miklin DN. Clinical features of stress-coping behavior and quality of life in female relatives of cancer patient. *Nurse*. 2019; 21 (1): 18-21 (in Russian). DOI: 10.29296/25879979-2019-01-05
  11. Wittenberg E, Prosser LA. Disutility of illness for caregivers and families: a systematic review of the literature. *Pharmacoeconomics*. 2013 Jun; 31(6):489-500. doi: 10.1007/s40273-013-0040-y
  12. Белинская Е.П., Сангова С. Болезнь как трудная жизненная ситуация: особенности стратегий совладания родственников тяжелобольных [Электронный ресурс]. *Психологические исследования*. 2015. Т. 8, № 42. С. 8. Belinskaya EP, Sangova S. The illness as a difficult life situation: characteristics of coping strategies of seriously ill patients' relatives [Electronic resource]. *Psychological Research*. 2015;8(42):8. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 08.11.2020) (in Russian).
  13. Смулевич А.Б., Яхно Н.Н., Терлуин Б., Захарова Е.К., Рейхард Д.В., Андриушенко А.В., Парфенов В.А., Замерград М.В., Арнаутков В.С., Романов Д.В. Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС) при вегетативных психосоматических расстройствах пограничного уровня. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014; Т. 114, № 11. С. 67-73. Smulevich AB, Yakhno NN, Terluin B, Zakharova EK, Reikhard DV, Andryushenko AV, Parfenov VA, Zamegrad MV, Arnautov VS, Romanov DV. Four-dimensional questionnaire for the assessment of distress, depression, anxiety and somatization (4DDTS) in autonomic psychosomatic disorders of the borderline level. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2014;114(11):67-73 (in Russian).
  14. Czachowski S, Terluin B, Izdebski A, Izdebski P. Evaluating the cross-cultural validity of the Polish version of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) using differential item functioning (DIF) analysis. *Fam Pract*. 2012 Oct;29(5):609-15. doi: 10.1093/fampra/cms016
  15. Tebbe BB, Terluin B, Koelewijn JM. Assessing psychological health in midwifery practice: a validation study of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ), a Dutch primary care instrument. *Midwifery*. 2013 Jun;29(6):608-15. doi: 10.1016/j.midw.2012.05.004
  16. Твайкросс Р.Дж., Фрамpton Д. Введение в паллиативное лечение. *Лекции. Оксфорд*, 1992. 35 с. Twycross RJ, Frampton D. *Introduction to palliative care. Lectures. Oxford*, 1992:35 (in Russian) <http://www.medpsy.ru/society/society001.php>
  17. Куфтяк Е.В. Жизнеспособность семьи: теория и практика *Медицинская психология в России: электронный научный журнал*. 2014. № 5 (28) [Электронный ресурс]. Kuftyak EV. Family vitality: theory and practice *Medical psychology in Russia: Electronic Scientific Journal*. 2014;5(28) [Electronic resource]. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 08.11.2020) (in Russian).

Поступила в редакцию 17.11.2020  
Утверждена к печати 03.03.2021

Миклин Дмитрий Николаевич, аспирант кафедры педагогики, психологии и психосоматической медицины, «Ижевская государственная медицинская академия». ORCID iD 0000-0002-6614-124X.

✉ Миклин Дмитрий Николаевич, miklin.miklin@yandex.ru

UDC 616.89.4:616.891.6:616.8-008.64:615.155-056.24:614.253.89

For citation: Miklin D.N. Psychopathological symptoms (manifestations of distress, anxiety, depression and somatization) in the closest relatives of patients with blood cancer: clinical and dynamic aspect. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2021; 1 (110): 38–43. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-38-43](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-38-43)

## **Psychopathological symptoms (manifestations of distress, anxiety, depression and somatization) in the closest relatives of patients with blood cancer: clinical-dynamic aspect**

**Miklin D.N.**

*Izhevsk State Medical Academy  
Kommunarov Street 281, 426034, Izhevsk, Russian Federation*

### **ABSTRACT**

**Objective:** to study psychogenic mental disorders characterized by manifestations of distress, anxiety, depression and somatization in the closest relatives of patients with blood cancer in the clinical-dynamic aspect. **Materials and Methods.** Based on the Blood Cancer Department of the First Republican Clinical Hospital (Izhevsk), the longitudinal study was carried out in the closest relatives of cancer patients diagnosed with acute non-lymphoblastic leukemia. The study sample included men and women aged 18-65 years. The study was carried out at three points in the time interval: debut, 3 and 6 months. Codependent relationships in families were studied according to the degree of relationship: along the horizontal and vertical first line. Psychopathological symptoms of the borderline level caused by trauma in relatives were assessed using a four-dimensional questionnaire to evaluate distress, depression, anxiety, and somatization (4DSQ). **Results and Discussion.** The presence of a malignant disease in a relative appeared to be a significant negative event for the nearest and was a factor in the disturbance of the psychoemotional state, which often lead to manifestations of depression, anxiety, guilt and helplessness in the current crisis reality. Increasing tension as a result of stress in connection with the potentially dangerous illness predetermined emotional and psychological disorganization, leading to maladaptive pathological processes in relatives of cancer patients, deterioration of their mental health. The study allowed us to assess the impact of a psychogenic factor in the form of a malignant disease in a family member on the development and dynamics of psychopathological symptoms in close relatives. In the studied sample of close relatives, the high incidence of basic symptom complexes was revealed: distress (n=33, 35.8%), somatization (n=18, 19%); depression (n=18, 19.5%). It was found that due to the external and internal resources of the personality, the adaptive process contributed to the recovery of the mental state of relatives by month 6th of the treatment. The most intensive recovery occurred in the first three months, which indicated the effectiveness of the functioning of psychological defenses to enhance the compensatory anti-stress mechanisms of higher nervous activity in the medium-term perspective and the need for early intervention tactics.

**Keywords:** psycho-oncology, cancer patients, relatives of cancer patients, distress, depression, anxiety, somatization, mental health services, mental health.

Received November 17.2020

Accepted March 03.2021

Miklin Dmitry N., post-graduate student of the Department of Pedagogy, Psychology and Psychosomatic Medicine, Izhevsk State Medical Academy. ORCID iD 0000-0002-6614-124X.

✉ Miklin Dmitry N., miklin.miklin@yandex.ru

# ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.879.87-055.1:616.89-008.444.9:343.268.3:340.131.6:615.214:616.8-085.851

Для цитирования: Кочеткова Е.П., Шереметьева И.И., Строганов А.Е., Лещенко Л.В. Оптимизация системного подхода в реабилитации пациентов, страдающих шизофренией, в условиях принудительного лечения. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2021; 1 (110): 44–52. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-44-52](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-44-52)

## Оптимизация системного подхода в реабилитации пациентов, страдающих шизофренией, в условиях принудительного лечения

<sup>1</sup> Кочеткова Е.П., <sup>2</sup> Шереметьева И.И., <sup>2</sup> Строганов А.Е., <sup>2</sup> Лещенко Л.В.

<sup>1</sup> КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер»  
Россия, 656049, Барнаул, ул. Л. Толстого, 23

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»  
Россия, 656038, Барнаул, пр. Ленина, 40

### РЕЗЮМЕ

Значимость совокупности проблем совершения общественно опасных действий больными шизофренией наиболее важна в современных условиях, особенно в аспекте профилактики повторных правонарушений. **Цель:** снижение аффективной напряженности, вызванной реакцией на психическое заболевание, повышение уровня и качества социального функционирования, развитие и поддержка коммуникативных и социальных навыков, восстановление трудоспособности. **Материал и методы.** В исследовании участвовали пациенты мужского пола, находящиеся на стационарном принудительном лечении в отделении специализированного типа КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана». Диагноз шизофрении установлен в соответствии с МКБ-10 на основе соответствующих клинических признаков заболевания. Медико-психолого-социальная реабилитация осуществлялась на базе разработанной оригинальной психореабилитационной платформы, направленной на снижение уровня агрессивности, с использованием методики предельных смыслов Д.А. Леонтьева, биографического тренинга К.В. Карпинского и трансдраматической психотерапии А.Е. Строганова. Группа сравнения представлена больными с тем же диагнозом, так же совершавшими правонарушения, но не вовлекавшимися в комплекс реабилитационных мероприятий. Уровень агрессивности определяли по опроснику уровня агрессии и враждебности Басса-Дарки. **Заключение.** Использование психореабилитационной программы с использованием опросника Басса-Дарки, биографического тренинга К.В. Карпинского и трансдраматической психотерапии А.Е. Строганова направлено на снижение аффективной напряженности и агрессивности, повышение уровня и качества социального функционирования, расширение коммуникативных и социальных навыков, укрепление идентичности путем совершенствования творческих способностей и самореализации, повышение социальной адаптации, что будет способствовать предупреждению повторных общественно опасных действий.

**Ключевые слова:** медико-психологическая и социальная реабилитация, шизофрения, агрессивное поведение, личность, ценностно-смысловые образования, трансдраматическая психотерапия.

### ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы совершения общественно опасных действий (ООД) пациентами, страдающими шизофренией, не вызывает сомнений. Последнее время перед специалистами в области судебной психиатрии, судебной и клинической психологии остро стоит вопрос профилактики повторных правонарушений среди контингента таких больных [1, 2]. Опасность психически больного предопределяется неправильным и неадекватным ситуацией поведением, в результате чего может быть нанесен ущерб окружающим

или самому больному. При этом, как правило, им нарушаются правовые и социальные нормы [3].

Некоторые авторы правомерно считают, что само по себе опасное действие является следствием психопатологических феноменов. Это относится и к пациентам, страдающим шизофренией [1]. В ряде клинко-психопатологических исследований показано, что причиной агрессивного поведения также может быть дефицит мышления [4]. Кроме того, агрессия рассматривается как следствие особенностей клинической картины заболевания и динамики его течения.

В данной парадигме причинами агрессивного поведения являются бредовые расстройства, аффективная насыщенность эмоциональных переживаний, расторможенность влечений при эмоционально-волевом снижении [5].

Основными задачами, которые выполняют в своей деятельности клинические психологи, являются выявление больных, склонных к насилию, и определение круга пациентов, в отношении которых психотерапевтические вмешательства будут наиболее эффективны. Данная проблема успешно решается в стационарах с отдельными реабилитационными отделениями (отделения с расширенным режимом содержания) [6].

В клинической психологии системный подход служит методологической основой для перехода от наблюдения, экспериментального выявления, описания и систематизации феноменов психической жизни человека к их объяснению, прогнозированию и управлению (коррекции). Системный подход определяет перенос акцента с исследования абстрактного конструкта (болезни) на целостное изучение конкретного человека – личности, существующей в условиях болезни, «предболезни» или психической дезадаптации. Это соответствует общей тенденции гуманизации медицины, преобразованию её основной парадигмы – с нозоцентрической на личностно-ориентированную и адаптационную [7].

Ю.И. Полищук (2006) отмечает, что в связи с деятельным реформированием российской психиатрии в направлении её дальнейшей гуманизации и духовно-нравственной ориентации, признанием и принятием биопсихосоциальной модели психических расстройств, приоритетным развитием психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации возникает необходимость более активной разработки гуманитарного аспекта психиатрии [8].

Среди современных подходов к психореабилитации выделяется комплексное лечение, включающее медикаментозную и трудовую терапию, физиотерапию, досуговые мероприятия, а также комплекс психокоррекционных мероприятий. В этот регулирующий комплекс входят образовательно-информационные программы для пациентов и родственников больных, групповые тренинги по формированию навыков повседневной жизни, тренинги по развитию навыков в социальной сфере, нормативного социального поведения, общения и решения повседневных проблем, тренинги по развитию навыков управления психическим состоянием, когнитивно-поведенческая терапия, направленная на улучшение памяти, внимания, речи и поведения, семейная терапия и другие формы индивидуальной и групповой психотерапии [9].

В зарубежной практике принудительного лечения психообразование представлено как один из приоритетных подходов к обучению и психосоциальному лечению и считается едва ли не самой значимой частью всех реабилитационных мероприятий [10].

В литературе обсуждаются симптомы-мишени для психосоциальной терапии и реабилитации пациентов: агрессивное поведение пациента (требующее адекватной психофармакотерапии и психотерапии), нежелание или отказ опекуна ухаживать за пациентом (являющегося предметом семейной психотерапии), активизация ресурсов пациента, направленная на частичное восстановление утраченных социальных навыков [11]. Проводимые реабилитационные программы, несомненно, повышают качество жизни больных, позволяют улучшать их социальный уровень [12].

Специалистами АККПБ им. Ю.К. Эрдмана регулярно проводится реабилитационная работа с лицами, страдающими психическими расстройствами. С 2006 г. на этапе круглосуточного оказания специализированной психиатрической помощи стали разрабатываться и проводиться индивидуальные программы реабилитации в отношении лиц с нарушениями психического здоровья.

#### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Снижение аффективной напряженности в связи с реакцией на психическое заболевание, повышение уровня и качества социального функционирования, развитие и поддержка коммуникативно-социальных навыков, восстановление трудоспособности, укрепление личностной идентичности через развитие творческих способностей и самореализацию, повышение адаптационно-приспособительных возможностей, формирование навыков адаптации при различных видах нагрузок, дестигматизация путем повышения психиатрической грамотности пациентов и членов их семей, поддержка семейного окружения, при необходимости адаптация среды под пациента.

#### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Исследование выполнено на базе стационарного отделения специализированного типа КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана». В исследование были включены пациенты с диагностированной по МКБ-10 шизофренией, мужского пола, совершившие правонарушения и проходившие стационарное принудительное лечение.

Целью исследования явилось выявление эффективности психореабилитационных мероприятий в рамках заявленной платформы, направленных на снижение уровня агрессивности, включение больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, в социальную жизнедеятельность без риска асоциального поведения.

Исследование носило комплексный характер и было основано на принципах биопсихосоциальной парадигмы шизофрении.

В ходе исследования применялись методы: клинической беседы, наблюдения, клинко-психопатологический, клинко-динамический, клинко-катамнестический и статистический (описательная статистика, парный критерий Стьюдента, критерий хи-квадрат –  $\chi^2$ ).

В исследовании впервые изучена динамика ценностно-смысловой сферы личности, определялся уровень агрессивности и враждебности у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении в отделении специализированного типа КГБУЗ «АККПБ им. Ю.К. Эрдмана». Впервые на основе полученных результатов разработаны методы профилактики и программа лечебно-реабилитационных мероприятий по устранению последствий длительного пребывания в отделении и реабилитации эндогенных больных.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты мужского пола (возрастной интервал 21-64 года) были разделены на две группы. Основную группу составили 60 больных мужского пола с диагнозом: «Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение, эмоционально-волевое снижение» (F20.0). Все они были признаны невменяемыми в отношении совершения инкриминируемых им деяний и проходили лечение в отделении принудительного лечения специализированного типа. В контрольную группу вошли 60 мужчин с тем же диагнозом, совершившие правонарушения, так же как и в основной группе признанные невменяемыми в отношении совершения инкриминируемых им деяний и находившиеся в отделении принудительного лечения специализированного типа, но не участвовавшие в лечебно-реабилитационных мероприятиях.

В разработанной нами методике (оригинальная психореабилитационная платформа) использован метод, изначально предназначенный для лиц юношеского возраста с криминальными отклонениями социального поведения и адаптированный нами для данной категории больных биографический тренинг К.В. Карпинского [13]. Кроме того, в рамках патопсихологического обследования применялись опросник Басса-Дарки и методика предельных смыслов Д.А. Леонтьева [14]. В отличие от программ, использовавшихся ранее, мы ввели в структуру платформы элементы трансдраматической психотерапии по А.Е. Строганову. В частности «конструирование позитивного образа» из метода коррекции атмосфер и трансформированные театральные упражнения из методов действенно-аналитической коррекции и коррекции атмосфер [15, 16].

Для всех пациентов при поступлении в соответствии с их принадлежностью к той или иной функциональной группе составлялась индивидуальная программа.

В соответствии с принципами, изложенными в работах российских психологов [17] и психиатров [18, 19), психологическая коррекция, как неотъемлемая часть предложенной нами психореабилитационной платформы, представляет собой направленное психологическое воздействие на разные структуры психики с целью обеспечения полноценного развития и функционирования личности. В психореабилитационной работе были выделены компоненты 5 блоков: целевого, организационного, содержательного, технологического и результативного.

Занятия проводились после психофармакотерапии, назначавшейся для достижения редукции либо смягчения психопатологической симптоматики, что является непременным условием успешного включения. С пациентами проводились структурированные беседы, обучение самоконтролю, планированию действий, тренинг поведения, применялся автобиографический метод.

### Клинический случай

*Пациент А., 24 года. Не работает. Инвалид II группы (основная группа). Находится в КГБУЗ «АККПБ им. Ю.К. Эрдмана» в отделении принудительного лечения специализированного типа в течение 3 лет. Поступил из г. Орел, психиатрического стационара специализированного типа с интенсивным наблюдением (ФКУ «Орловская ПБСТИН»). Ранее наносил самопорезы (незавершенный суицид). Причины суицида объяснить не мог. Осужден по ст. 105 ч. 1 УК РФ (убийство, умышленное причинение смерти другому человеку).*

*Из эпикриза известно, что однажды ночью больной, взяв из дома икону, без брюк ушел в церковь. Там молился, был беспокоен, возбужден. Бригадой скорой помощи госпитализирован в психиатрическую больницу. После выписки к врачам не обращался, через полгода совершил правонарушение – нанес резаную рану шеи отцу. В ходе следствия свой поступок объяснить не мог. Был направлен на судебно-психиатрическую экспертизу, решением суда признан невменяемым с диагнозом: «Параноидная шизофрения. Эпизодический тип течения. Аффективно-бредовый синдром». Было рекомендовано принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением ФКУ «Орловская ПБСТИН», где пациент и находился в течение 2 лет. Впоследствии был переведен в КГБУЗ «АККПБ им. Ю.К. Эрдмана», в отделение принудительного лечения специализированного типа. Принимал нейролептики. Жалобы: «голоса бывают, а потом уходят, раздражительность, неусидчивость, плохой сон». Медикаментозное лечение – галоперидол (1 инъекция в 4 недели) и циклодол (2 раза в день).*

При экспериментально-психологическом исследовании в первом срезе выявлено: мышление малопродуктивное, паралогичное, разноплановое, суждения парадоксальны. Эмоционально изменен. Напряжен. Нарастание тревоги и страха, бессонницы и депрессивных тенденций. При наблюдении отмечаются такие изменения речи, как неравномерность, нарушение темпа, вычурность интонации и монотонность. Встречаются рудиментарные продуктивные расстройства: колебания настроения, неврозоподобные страхи, навязчивые действия, деперсонализационные явления, патологическое обильное фантазирование.

В конце беседы становится раздражительным и неусидчивым, сообщает, что «планов на будущее не имеет, мыслей нет, голова пустая. Что-то давит на меня, устал, люди раздражают. Сложные вопросы задаете, я не думал о них раньше».

Средний показатель индекса агрессии имел значение 5,9 балла, этот показатель по сравнению с нормой ( $21 \pm 4$  балла) указывает на низкую выраженность агрессии. Средний показатель индекса враждебности, оцениваемый на основании показателей обиды и подозрительности, имеет значение 8,6 балла (норма  $6 \pm 3$  балла), что отражает повышенную склонность к враждебности.

На базе предложенной нами платформы на протяжении 1 года с пациентом проводилась психореабилитация. Были использованы специфические коррекционные мероприятия в соответствии с поставленными задачами: 1) обучение отреагированию (выражению гнева) приемлемым, безопасным для себя и окружающих способом, анализу негативной ситуации в целом, приемам саморегуляции; 2) обучение конструктивным поведенческим реакциям в проблемной ситуации, развитие эмпатии; 3) обучение снижению уровня личностной тревожности; 4) обучение навыкам позитивной самооценки; 5) консультационная работа с членами семьи.

Больной не сразу включился в процесс реабилитации, был настороженным и тревожным, задавал вопросы типа: «а зачем вы у меня все спрашиваете, может с меня инвалидность потом снимут?». Но при этом не отказывался посещать психокоррекционные занятия. Постепенно происходила адаптация, с каждым занятием становился более спокойным, проявлял активность при выполнении предложенных заданий (в большей степени склонен к театральным упражнениям и арттерапии).

Результаты ретестового обследования (через 1 год, второй срез) показали, что поведение пациента упорядочилось, стал более спокойным, усидчивым, менее напряженным, активнее использовал экспрессивную речь, улучшились процессы планирования, структурирования, осмысления, организации нового опыта и сложно по структуре материала. При сохранении паралогичности и разноплановости мышление стало более продуктивным. Улучшилось эмоциональное состояние: снизился уровень агрес-

сивности, враждебности, обиды, раздражительности, вербальной агрессии, чувства вины. Формировалось осознание собственных эмоций и чувств других людей, развивались эмпатия и позитивная самооценка. На фоне обучения отреагированию своего гнева приемлемым способом отмечено расширение спектра поведенческих реакций, снижение деструктивных элементов в поведении. Наладилось взаимопонимание с родственниками и знакомыми.

Результаты в первом и втором срезах показали, что в динамике имеет место достоверное снижение по шкалам обиды (1,54 и 1,5,  $p=0,01$ ), раздражительности (7,43 и 6,32,  $p<0,05$ ), вербальной агрессии (5,9 и 5,3,  $p<0,05$ ) и чувства вины (3,1 и 2,0,  $p<0,05$ ).

Некоторые показатели (физическая и косвенная агрессия, негативизм и подозрительность) практически не изменились, так как входят в структуру данного заболевания.

В качестве средства психореабилитации была принята представленная на рисунке 1 оригинальная структурно-функциональная модель.

Пациенты имели следующие симптомы: расстройство поведения, заторможенность, чувство безысходности, эпизодические навязчивые страхи (преследования, нападения), приступы депрессии, отсутствие значимых реальных смыслов. У них прослеживались нарушения сферы мотивации, социальной регуляции деятельности и поведения, необщительность со стремлением отгородиться от внешнего мира и уйти в мир фантазий. Наблюдались кратковременные психотипические эпизоды, проявляющиеся в бредовых идеях, неадекватности мыслей. Во всех случаях диагностировались стойкие изменения личности. Больные находились в отделении специализированного типа на принудительном лечении в среднем 1,5-2 года.

Критерии включения: 1) решение судебно-психиатрической экспертной комиссии о невменяемости на момент совершения ООД; 2) направление судом на принудительное лечение в психиатрический стационар (с разным режимом содержания); 3) возраст не моложе 17 лет; 4) стационарное состояние на момент обследования. Критерии исключения: 1) начало заболевания после совершенного ООД; 2) подростковый возраст; 3) острая психотическая симптоматика на момент обследования; 4) глубокие дементные состояния.

Данная когорта больных в полной мере соответствует понятию «особая степень общественной опасности» по критериям тяжести и кратности совершенных деликтов. Среди пациентов с преобладанием в клинической картине психотических расстройств особая общественная опасность была обусловлена склонностью к совершению тяжких и особо тяжких ООД.

<b>Культура психологическая – культура личности</b> (информированность, функциональная грамотность, социально-психологическая компетентность)			
<b>Компоненты целевого блока</b>			
Цель: развитие механизмов рационально-успешного социального функционирования в конкретном социальном пространстве, где находится или будет находиться пациент, с принятием себя как части социума			
Уровни организационной подструктуры (подходы к пониманию гуманитарной парадигмы сущностных проявлений личности, определение задач и целей психокоррекционной работы)			
<b>Интеграционные</b> – установление и поддержание контактов с окружением	<b>Творческие</b> – активизация ресурсов через раскрытие способностей	<b>Просветительные</b> – пробуждение и развитие интересов и потребностей	<b>Воспитательно-опеку-ские</b> – преодоление отчужденности личности, научение социализации и взаимодействию
<b>Компоненты содержательного блока</b>			
Когнитивный	Аффективный	Поведенческий	
<b>Компоненты технологического блока</b> (комплексные, поэтапно-ступенчатые реабилитационные программы)			
Групповые		Индивидуальные	Трудотерапия в условиях лечебно-трудовых мастерских
Арттерапия, психообразование (в том числе для родственников длительно болеющих пациентов), когнитивный и социальный тренинги, лечебная физкультура (включая адаптивную гимнастику)		Трансдраматическая, рациональная и поведенческая психотерапия, психокоррекция, релаксация	Швейный, столярный и другие производственные цеха, уборка территории
<b>Компоненты результативного блока</b>			
Динамические смысловые системы сознания	Фрустрационная толерантность (устойчивость к фрустрирующим ситуациям). Типы реакций фрустрации: способы реагирования субъекта в ситуациях препятствия, показатель «степени социальной адаптивности» (GCR)	Деструктивный способ разрешения ситуативного конфликта, неконтролируемость агрессивных и враждебных реакций в ответ на фрустрацию и пребывание в экстремально-угрожающей ситуации	
Повышение Индекса децентрации (ИД) – соотношения своих помыслов и действий с интересами других людей. Повышение Индекса рефлексивности (ИР) – знать, понимать, сознавать, чувствовать, ощущать, помнить, не забывать	Повышение коэффициента групповой конформности в соответствии с реалиями окружающей среды (индивидуальная адаптация субъекта к своему социальному микроокружению и стабильному функционированию, мобилизация личностно-адаптационного потенциала на основе принципов комплаентности, демократического сотрудничества и творческой активности)	Снижение уровня физической, косвенной и вербальной агрессии, раздражения, негативизма, вины и обиды. Формирование осознания своих агрессивных и враждебных реакций, а также чувств других людей, развитие эмпатии. Развитие позитивной самооценки. Обучение отреагированию своих агрессивных и враждебных реакций приемлемым способом, а также отреагированию на ситуацию в целом. Обучение управлению своим гневом. Расширение спектра поведенческих реакций в проблемной ситуации и снятие деструктивных элементов в поведении	

**Р и с у н о к 1. Модель психореабилитационной работы над ценностно-смысловой сферой личности у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении в отделении специального типа**

Анализ характера совершенного ООД позволил установить существенные различия в исследуемых группах (табл. 1). Результаты повторности деликтов в обеих группах представлены в таблице 2.

Процедура стандартно-формализованного тестирования занимала от 60 до 90 минут, выполнение всей батареи заданий было доступно подавляющему числу пациентов. Случаи отказа от выполнения какого-либо из тестов или неспособность справиться с ними по иным причинам отмечались в единичных случаях и значимо не

влияли на общую картину. Все пациенты основной группы были обследованы в динамике повторно через год.

Выборочные характеристики исследуемых параметров представлены в виде «средней» ± «стандартная ошибка» ( $M \pm m$ ). Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с использованием программ «Statistica for Windows» (Ver. 8.0). Имеются изначально принципиальные различия между показателями форм агрессии у представителей основной и контрольной групп.

Т а б л и ц а 1. Распределение исследуемых пациентов по характеру ООД, %

Характер совершенных ООД	Основная группа	Контрольная группа
Связанные с наркотиками	10	15
Сексуальные	5	10
Агрессивные против личности	20	15
Убийство	35	30
Привлечение к уголовной ответственности в прошлом 1 раз	45	40
Привлечение к уголовной ответственности более 1 раза	15	10

Т а б л и ц а 2. Распределение пациентов исследуемых по первичности/повторности совершения ООД, %

Первичность/повторность совершенных ООД	Основная группа	Контрольная группа
Первичные деликты агрессивного характера	45	20
Первичные деликты против собственности, здоровья и нравственности	55	80

Исследование в обеих группах показало, что среди респондентов с диагнозом по МКБ-10: «Шизофрения, параноидная форма» значимо чаще встречались лица с низким образовательным уровнем: средним (20%) и среднеспециальным (50%) образованием. Около трети (30%) пациентов не работали до госпитализации, более половины (55%) были заняты низкоквалифицированными видами труда. Не работали в течение жизни 30% исследуемых основной группы, что соответствовало их низкому образовательному уровню и социальному статусу в целом. Пациенты достоверно чаще ( $\chi^2=13,2$ ,  $df^2=2$ ,  $p<0,001$ ) имели трудовой стаж, но прогрессивное течение психического расстройства сопровождалось нарастающей социальной дезадаптацией и потерей постоянного места работы. В 50% случаев респонденты основной группы были инвалидами II группы по психическому заболеванию, что являлось одним из пусковых факторов в совершении многократных противоправных деяний имущественного и корыстного характера. Более половины (55%) больных до госпитализации проживали с родственниками, значительно реже встречались состоявшие в гра-

жданском браке (15%) и одинокие (10%). Исследуемые основной группы достоверно чаще ( $\chi^2=9,8$ ,  $df^2=3$ ,  $p<0,05$ ) были холостыми и ранее не состояли в браке, тогда как респонденты контрольной группы в анамнезе чаще состояли в официальном браке, но на момент обследования были разведены или овдовели. Длительность заболевания определяла процесс социальной дезадаптации. Анализ воспитания показал более высокую встречаемость неблагоприятных семейных взаимоотношений в основной группе ( $\chi^2=8,2$ ,  $df^2=3$ ,  $p<0,05$ ). Изучение анамнестических данных позволило выявить преобладание делинквентного дебюта и постепенного развития психического заболевания с детского возраста ( $\chi^2=18,3$ ,  $df^2=6$ ,  $p<0,01$ ). В контрольной группе достоверно чаще ( $\chi^2=16,9$ ,  $df^2=6$ ,  $p<0,01$ ) наблюдалось острое начало заболевания с личностным дрейфом в виде нарастающих изменений личности.

Далее была произведена оценка психопатологической структуры заболевания у исследуемых пациентов. Ведущие психопатологические синдромы в обеих группах представлены в таблице 4.

Т а б л и ц а 4. Распределение пациентов исследуемых групп по клинко-психопатологической синдромальной структуре, абс. %

Психопатологический синдром	Основная группа, N=60		Контрольная группа, N=60	
	Абс.	%	Абс.	%
Бредовый	13	21,67	16	26,67
Аффективно-бредовый	10	16,67	9	15
Параноидный	20	33,33	19	31,67
Аффективно-параноидный	15	25	13	21,67
Парафренный	2	3,33	3	5

В целом среди пациентов обеих исследуемых групп преобладала галлюцинаторно-параноидная и бредовая симптоматика. Чтобы подчеркнуть аффективную насыщенность переживаний, как предпосылок возникновения агрессии, нами была изучена аффективная симптоматика в структуре синдрома Кандинского-Клерамбо.

С помощью опросника Басса-Дарки было проведено исследование структуры и степени предрасположенности обследованных к агрессивному поведению. Сравнительный анализ показателей агрессии у респондентов до и после проведения психореабилитационных занятий приведен в таблице 5.

Таблица 5. Результаты описательной статистики по формам агрессивных действий среди пациентов исследуемых групп до и после проведения психореабилитационных занятий

Форма агрессивных действий	Среднее значение		
	Основная группа до реабилитации, N=60	Основная группа после реабилитации, N=60	Контрольная группа, N=60
Физическая агрессия	5,23	4,98	5,44
Косвенная агрессия	5,15	5,05	6,01
Раздражительность	7,10	6,43	6,32
Негативизм	2,95	2,95	3,14
Обида	3,58	1,54	3,72
Подозрительность	5,88	5,88	5,91
Вербальная агрессия	6,35	5,67	6,14
Чувство вины	3,30	2,10	3,45

На основании полученных данных у пациентов основной группы констатировали более высокую агрессивность. Во втором срезе опросника (результаты после лечебно-реабилитационных мероприятий) все категории агрессии снизились: физическая (4,98) и косвенная (5,05) агрессия, раздражительность (6,43), обида (1,54), чувство вины (2,10). Остались на прежнем уровне три вида агрессивного поведения: негативизм (2,95), подозрительность (5,88) и вербальная агрессия (5,67), так как именно они входят в структуру заболевания данной категории больных.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оригинальная психореабилитационная платформа с использованием опросника Басса-Дарки, биографического тренинга К.В. Карпинского и трансдраматической психотерапии А.Е. Строганова способствует снижению аффективной напряженности и агрессивности, повышению уровня и качества социального функционирования, развитию коммуникативных и социальных навыков, укреплению идентичности через развитие творчески-креативных способностей и самореализации, повышению социальной адаптации. С высокой степенью вероятности её внедрение будет способствовать предупреждению повторных общественно опасных действий.

#### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют об отсутствии возможных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

#### ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования или спонсорской помощи при проведении исследования.

#### СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

При проведении исследования соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской декларации ВАМ, исследование одобрено локальным этическим комитетом при ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол № 08 от 25.10.2019 г.).

#### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Golenkov A, Large M, Nielssen O. A 30-year study of homicide recidivism and schizophrenia. *Crim Behav Ment Health*. 2013 Dec;23(5):347-55. doi: 10.1002/cbm.1876
- Golenkov A, Nielssen O, Large M. Systematic review and meta-analysis of homicide recidivism and schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2014 Feb 18;14:46. doi: 10.1186/1471-244X-14-46
- Макушкина О.А., Дмитриев А.С., Винникова И.Н. Методические основы судебно-психиатрической оценки общественной опасности и выбора вида принудительных мер медицинского характера: Методические рекомендации. М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2019: 32. Makushkina OA, Dmitriev AS, Vinnikova IN. Methodological foundations for the forensic psychiatric evaluation of public danger and the choice of coercive measures of a medical nature: Methodical recommendations. Moscow: "National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky" Ministry of Health of Russia, 2019:32 (in Russian).
- Селезнева Г.Н. Агрессивное поведение у больных шизофренией. Научный дискурс. 2016. № 1 (1): 176-180. Selezneva GN. Aggressive behavior in patients with paranoid schizophrenia. *Scientific Discourse*. 2016;1(1):176-80 (in Russian).
- Абдулсаева С.М. Значение психотравмирующей ситуации в генезе общественно опасных действий больных шизофренией. Практика судебно-психиатрической экспертизы: Сборник № 43. М., 2005: 64-72. Abdulsaeva SM. Significance of a psychotraumatic situation in the genesis of socially dangerous actions of patients with schizophrenia. *Practice of Forensic Psychiatric Examination: Collection no. 43*. Moscow, 2005: 64-72 (in Russian).
- Худякова Ю.Ю. Агрессия у больных параноидной шизофренией: психодинамический подход. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2015. Т. 11, № 2: 106-120. Khudyakova YY. Aggression in patients with paranoid schizophrenia: psychodynamic context. *Bulletin of Psychiatry and Psychology of Chuvashia*. 2015; 11(2):106-20 (in Russian).
- Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика в медицине: современные задачи и перспективы развития. *Вестник Санкт-Петербургского университета*. 2012. Серия 16. Выпуск 1: 53-90. Shchelkova

- OY. Psychological diagnostics in medicine: modern objectives and prospects of development. *Bulletin of Saint Petersburg University*-2012;16(1):53-90 (in Russian).
8. Полищук Ю.И. Значение гуманитарной составляющей в психиатрии. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2006. № 2: 7-9. Polishchuk YuI. Value of the humanitarian component in psychiatry. *Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2006;2:7-9 (in Russian).
  9. Ingason A, Giegling I, Hartmann AM, Genius J, Konte B, Friedl M, Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium (PGC), Ripke S, Sullivan PF, St Clair D, Collier DA, O'Donovan MC, Mirmics K, Rujescu D. Expression analysis in a rat psychosis model identifies novel candidate genes validated in a large case-control sample of schizophrenia. *Transl Psychiatry*. 2015 Oct 13;5(10):e656. doi: 10.1038/tp.2015.151
  10. Булыгина В.Г., Макушкина О.А., Белякова М.Ю., Котова М.А. Современные тенденции в использовании психосоциальных вмешательств в зарубежной судебно-психиатрической практике (часть I, II) [Электронный ресурс]. *Психология и право*. 2014. № 1: 11-24. Bulygina VG, Makushkina OA, Belyakova MYu, Kotova MA. Modern trends in the use of psychosocial interventions in foreign forensic psychiatric practice (part I, II) [Electronic resource]. *Psychology and Law*. 2014. No. 1: 11-24 (in Russian).
  11. Руженков В.А., Минакова Ю.С. Дифференцированные подходы к психосоциальной терапии и реабилитации больных шизофренией, признанных судом недееспособными. *Научные ведомости Белгородского государственного университета*. 2013. № 25 (168): 37-44. Ruzhenkov VA, Minakova YuS. Differentiated approaches to psychosocial therapy and rehabilitation of patients with schizophrenia, recognized by the court as incompetent. *Scientific Reports of the Belgorod State University*. 2013;25(168):37-44 (in Russian).
  12. Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации: современное состояние проблемы. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017. Т. 27, № 1: 83-90. Isaeva ER, Mukhitova YuV. Criteria to evaluate the efficacy of psychosocial rehabilitation: state-of-the-art review. *Social and Clinical Psychiatry*. 2017;27(1):83-90 (in Russian).
  13. Карпинский К.В. Психология жизненного пути личности: Учебное пособие. Гродно : ГрГУ, 2002: 167. Karpinsky KV. *Psychology of the life path of the individual*. Guidebook. Grodno: Grodno State University, 2002:167 (in Russian).
  14. Леонтьев Д.А. Жизненный мир человека и проблема потребностей. *Психологический журнал*. 1992. Т. 13, № 2:107-120. Leontyev DA. Human life world and the problem of needs. *Psychological Journal*. 1992;13(2):107-120 (in Russian).
  15. Строганов А.Е. Психотерапия на базе театральные систем. СПб. : Наука и техника, 2008: 496. Stroganov AE. *Psychotherapy on the basis of theater systems*. St. Petersburg : "Science and Technology", 2008:496 (in Russian).
  16. Строганов А.Е. Трансдраматическая психотерапия. Lambert. 2011: 568. Stroganov AE. *Transdramatic Psychotherapy*. Lambert Academic Publishing. 2011:568 (in Russian).
  17. Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Психотерапия и психокоррекция как методы психологической помощи. В книге: *Прикладная военная психология*. Санкт-Петербург: Питер, 2006. Глава 6.3.2: 53-164. Karayani AG, Syromyatnikov IV. Psychotherapy and psychocorrection as methods of psychological assistance. In: *Applied Military Psychology*. St. Petersburg: Piter, r, 2006. Chapter 6.3.2:53-164 (in Russian).
  18. Пенитенциарная психология и психопатология: руководство в двух томах / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Я. Семке, А.С. Кононца. Москва, Томск, Кемерово, 2007; Том 1: 576. Penitentiary psychology and psychopathology: Handbook in two volumes. T.B. Dmitrieva, V.Ya. Semke, A.S. Kononets, eds. Moscow, Tomsk, Kemerovo, 2007; Volume 1: 576 (in Russian).
  19. Пенитенциарная психология и психопатология: руководство в двух томах / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Я. Семке, А.С. Кононца. Москва, Томск, Кемерово, 2007; Том 2: 524. Penitentiary psychology and psychopathology: Handbook in two volumes. T.B. Dmitrieva, V.Ya. Semke, A.S. Kononets, eds. Moscow, Tomsk, Kemerovo, 2007; Volume 2: 524 (in Russian).

Поступила в редакцию 27.11.2020

Утверждена к печати 03.03.2021

Кочеткова Елена Петровна, медицинский психолог КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер».

Шереметьева Ирина Игоревна, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ДПО, и.о. ректора Алтайского государственного медицинского университета. ORCID ID 0000-0001-8513-9869. e-mail: sheremeteva-ira@mail.ru

Строганов Александр Евгеньевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета, директор института клинической психологии Алтайского государственного медицинского университета. ORCID ID 0000-0002-1791-7996. e-mail: jazz200261@mail.ru

Лещенко Лариса Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета. ORCID ID 0000-0003-4819-5575 e-mail: leschenkolvmedik@mail.ru

✉ Кочеткова Елена Петровна, e-mail: kochetkova00work@mail.ru

UDC 616.879.87-055.1:616.89-008.444.9:343.268.3:340.131.6:615.214:616.8-085.851

For citation: Kochetkova E.P., Sheremetyeva I.I., Stroganov A.E., Leshchenko L.V. Optimization of systematic approach to rehabilitation of patients with schizophrenia in the conditions of coercive treatment. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2021; 1 (110): 44–52. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-44-52](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-44-52)

## Optimization of systematic approach to rehabilitation of patients with schizophrenia in the conditions of coercive treatment

<sup>1</sup> Kochetkova E.P., <sup>2</sup> Sheremetyeva I.I., <sup>2</sup> Stroganov A.E., <sup>2</sup> Leshchenko L.V.

*1 Altai Regional Narcological Dispensary*

*L. Tolstoy Street 23, 656049, Barnaul, Russian Federation*

*2 Altai State Medical University of the Ministry of Health and Social Development of Russia*

*Lenin Avenue 40, 656038, Barnaul, Russian Federation*

### ABSTRACT

Currently the totality of problems of committing the socially dangerous deeds by patients with schizophrenia is of significance, specifically concerning prevention of repeated offenses. **Objective:** to reduce affective tension caused by response to one's own mental illness, to increase the level and quality of social functioning, to develop and support communication and social skills, and to recover working capacity. **Material and Methods.** The study involved male inpatients in the conditions of coercive treatment in a specialist unit of Yu.K. Erdman Altai Regional Clinical Psychiatric Hospital. Patients were diagnosed with schizophrenia according to the ICD-10 based on the corresponding clinical signs of the disease. Medico-psychological-social rehabilitation was carried out based on the developed original psychorehabilitation platform aimed at reducing the level of aggressiveness, using the technique of limiting meanings by D.A. Leontiev, biographical training by K.V. Karpinsky and transdramatic psychotherapy by A.E. Stroganov. The comparison group included patients with the same diagnosis, who committed offenses, but were not involved in the complex of rehabilitation activities. The level of aggressiveness was determined by the Buss-Durkee questionnaire of the level of aggression and hostility. **Conclusion.** The use of psychorehabilitation program including the Buss-Durkee questionnaire, biographical training by K.V. Karpinsky and transdramatic psychotherapy by A.E. Stroganov aimed at reducing the affective tension and aggressiveness, increasing the level and quality of social functioning, widening communication and social skills, strengthening identity by improving creativity and self-realization, increasing social adaptation, which will help prevent repeated socially dangerous deeds.

**Keywords:** medico-psychological and social rehabilitation, schizophrenia, aggressive behavior, personality, value-meaning formations, transdramatic psychotherapy.

Received November 27.2020

Accepted March 03.2021

Kochetkova Elena P., Altai Regional Narcological Dispensary, medical psychologist, Barnaul, Russian Federation.

Sheremetyeva Irina I., MD, Professor, Acting Rector, Altai State Medical University of the Ministry of Health and Social Development of Russia. ORCID iD 0000-0001-8513-9869. [sheremeteva-ira@mail.ru](mailto:sheremeteva-ira@mail.ru)

Stroganov Alexander E., MD, Professor of the Department of Psychiatry, Medical Psychology and Neurology with a course of additional professional education, Altai State Medical University of the Ministry of Health and Social Development of Russia. ORCID iD 0000-0002-1791-7996. [jazz200261@mail.ru](mailto:jazz200261@mail.ru)

Leschenko Larisa V., PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Medical Psychology and Neurology with a course of additional professional education, Altai State Medical University of the Ministry of Health and Social Development of Russia. ORCID iD 0000-0003-4819-5575. [leschenkolvmedik@mail.ru](mailto:leschenkolvmedik@mail.ru)

✉ Kochetkova Elena P., [kochetkova00work@mail.ru](mailto:kochetkova00work@mail.ru)

# ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

УДК 616.895.8:616-053.7:616.035:616.851:655.28.022.1(1-856)(048.8)

Для цитирования: Иванов Д.Н., Омельченко М.А. Анализ подходов в психотерапевтическом консультировании юношей из группы риска по развитию шизофрении (обзор зарубежной литературы). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2021; 1 (110): 53–64. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-53-64](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-53-64)

## Анализ подходов в психотерапевтическом консультировании юношей из группы риска по развитию шизофрении (обзор зарубежной литературы)

Иванов Д.Н.<sup>1, 2</sup>, Омельченко М.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> НКО «Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии»  
Россия, 197101, Санкт-Петербург, Каменноостровский пр., д. 12, лит. 3

<sup>2</sup> ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»  
Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, д. 34

### РЕЗЮМЕ

На современном этапе совершенствования методов психотерапии особенно актуальны проблемы изучения закономерностей развития, распознавания начальных этапов и психотерапевтически-ориентированной диагностики психических заболеваний, проведения ранних терапевтических вмешательств в отношении такого заболевания, как шизофрения, и её манифестации у больных из группы психотического риска. Это остается одним из самых сложных, перспективных и востребованных направлений в современной медицине. В статье приводится обоснование применения психотерапевтических подходов, форм и методов психотерапии, направленных не только на редукцию симптомов психотического риска и снижение риска манифестации психоза, но и на улучшение уровня социального функционирования. Основное внимание уделяется наиболее распространенному когнитивно-поведенческому методу с подробным рассмотрением его основных протоколов.

**Ключевые слова:** группа риска по шизофрении, подростки мужского пола, когнитивная психотерапия, раннее вмешательство, лечебные протоколы КПТ, профилактика психических расстройств.

### ВВЕДЕНИЕ

Распознавание начальных этапов психических заболеваний, проективное психодиагностическое обследование и проведение ранних терапевтических вмешательств остаются одними из самых сложных и в то же время перспективных направлений в современной медицине. Это становится особенно актуальным в отношении такого заболевания, как шизофрения, которым страдает около 25 млн жителей планеты и которое является одной из основных причин инвалидности [1]. Шизофрения разрушает социальные и семейные взаимоотношения, дестабилизирует личностную структуру, приводит к значительному ухудшению уровня образования и трудовой занятости, безработице, сопутствующему ухудшению соматического здоровья и преждевременной смерти [2]. Таким образом, профилактика этого заболевания могла бы стать прорывом не только в клиническом аспекте, но и в социальном отношении со значительным снижением финансового бремени, которое накладывают такие больные как на свою семью, так и на общество в целом.

Известно, что начало шизофрении приходится на юношеский возраст [3], а манифестации заболевания предшествует инициальный этап длительностью от 1 до 3 лет [4], представленный, наряду с общими симптомами преимущественно аффективного регистра, также более специфической симптоматикой психотического риска [5], что позволяет распознать начало болезненного процесса и начать проведение профилактических терапевтических мероприятий с целью положительного влияния на его дальнейшее течение и исход [5]. Предотвращение психоза у больных из группы психотического риска дает возможность не только отсрочить или даже полностью предотвратить манифестацию заболевания, но также существенно улучшить качество жизни таких пациентов [6].

### Возможности распознавания риска развития шизофрении

По данным ретроспективных исследований, к настоящему времени установлены основные критерии отнесения пациента к группе психотического риска [7], к которым относятся: 1) аттенуированные психотические симптомы (АПС), по

степени выраженности не достигающие уровня психотических; 2) короткие интермиттирующие психотические симптомы (КИПС), в силу своей крайней непродолжительности не отвечающие критериям истинных психотических феноменов; 3) генетический риск (психотическое заболевание у родственников) и/или шизотипическое расстройство у пациента, сопровождающееся снижением уровня функционирования на 30% от исходного в течение последнего года. Выявление этих симптомов в общей популяции коррелирует с последующим развитием психотического приступа от 20% до 50% случаев за 2 года наблюдения [8].

Однако основной проблемой становится выявление таких пациентов в общей популяции. В силу своей клинической структуры указанные симптомы психотического риска не являются причиной обращения за медицинской помощью. При проведении ретроспективного исследования больных с уже диагностированной шизофренией было выявлено, что на начальных этапах болезни, до формирования развернутой клинической картины, причинами обращения являлись стресс (56,7%) и/или депрессия (53,0%), трудности концентрации внимания (46,7%), тревога (40,0%), нарушение сна (40,0%), недостаток мотивации (40,0%), нарушение мышления и речи (33,3%), раздражительность и/или гнев (23,3%) [9]. На высокую частоту встречаемости на инициальном этапе шизофрении депрессивных расстройств указывали и другие исследователи [10]. Немецкими авторами доказана потенцирующая роль депрессивных симптомов в прогрессировании психотического риска и ускорении манифестации болезни [11]. По мнению исследователей из США, депрессия ассоциируется с худшим общим клиническим исходом и социальным функционированием у больных из группы риска [12].

Таким образом, низкая специфичность жалоб на инициальном этапе шизофрении, трудности выявления симптомов психотического риска, требующих не только тщательного клинико-психопатологического исследования, включая сбор анамнестических сведений о наследственной отягощенности, но и полной доступности пациентов в отношении своих переживаний, приводят к необходимости более внимательного отношения к когорте больных юношеского возраста, впервые попавших в поле зрения психотерапевта или психиатра.

#### **Возможности психотерапевтической интервенции**

Общие неспецифические жалобы таких больных, трудности выявления симптомов риска развития шизофрении, невозможность проведения неоспоримой доказательной основы на домани-

фестном этапе болезни в отношении её нозологической принадлежности обуславливают отсутствие единых стандартов терапевтической помощи, особенно применительно к психофармакотерапии. Результаты исследований не выявили однозначного преимущества лекарственных средств в отношении предотвращения манифестации шизофрении [13], напротив, их назначение напрямую связано с риском развития побочных явлений, ухудшающих качество жизни пациентов [1].

В то же время появляются данные об эффективности психотерапевтического вмешательства в отношении не только редукции симптомов психотического риска [14, 15], улучшения социальной адаптации [16], уменьшения степени выраженности депрессии и тревоги [15], но и снижения риска манифестации психоза [15]. Кроме того, было показано, что такое улучшение состояния сохраняется по крайней мере в течение 3 лет [17]. Современные международные руководства NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) и EPA (The European Psychiatric Association) рекомендуют начинать лечение больных из группы психотического риска с психотерапевтических мероприятий, руководствуясь принципом «*grimum non possete*» [18].

#### **Обоснование выбора видов психотерапии**

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) была изучена лучше, чем любое другое психосоциальное вмешательство [19]. КПТ разработана в 1950-х годах, зарекомендовала себя в качестве эффективной терапии депрессивного расстройства и успешно применяется в течение нескольких десятилетий. КПТ и некоторые ее методики в последующем стали использоваться в качестве многообещающего метода лечения для людей с шизофренией, психотические симптомы которых не контролируются медикаментозным лечением [20].

КПТ является высокоструктурированной и стандартизированной терапией, помогающей пациентам с шизофренией справляться с их психотическими симптомами путем изучения и переоценки их мыслей и восприятия опыта. Метод предполагает активную позицию пациента и опору на эмпиризм клиента – терапия может быть успешной, только если вначале терапевт пытается понять воспринимаемую пациентом реальность (а также болезнь и её симптомы). В таком случае терапевт сумеет определить, как использовать «неправильную» интерпретацию реальности для оказания помощи пациенту в решении его жизненных проблем [21]. Это актуально и для пациентов из группы психотического риска, у которых также выявляются симптомы психотического уровня, хотя и в ослабленном, аттенуированном виде [6].

Основными направлениями работы с пациентами юношеского возраста из группы психотического риска являются: контроль когнитивных функций, поведения и симптомов, анализ убеждений или поведенческие эксперименты, поведенческая активация, тренинги копинг-навыков, практические семинары по снижению уровня стресса. В КПТ пациенту рекомендуется участие в развивающей терапии путем изучения доказательств в пользу и против неадаптивного убеждения, оспаривания привычных моделей мышления. Активно используются рассуждения и личный опыт пациента для выработки рациональных, приемлемых альтернативных объяснений и интерпретаций для преодоления проблем, идет обучение самостоятельному управлению болезненными симптомами. Согласно Beck [22], когнитивная терапия базируется на когнитивной модели, которая описывает начало и поддержание расстройства. При лечении следует руководствоваться формулировкой клинического случая. Процесс должен быть структурированным и основываться на общих проблемах и целях пациента. Особое внимание уделяется образовательному компоненту, позволяющему клиенту понять ход терапии. Терапевту следует использовать направляемое открытие в качестве инструмента для изменений. Терапия должна быть ограниченной по времени и включать домашние задания.

### Эффективность КПТ

Исторически различали три подхода к пониманию шизофрении [23]. Парадигма болезни введена Краерелин [24] в начале XX в. В ней противопоставлены норма и отклонения от нормы. Отсюда и понимание причин заболевания в контексте наследственных нарушений или воспалительных процессов головного мозга. Согласно второй парадигме – модели стрессовой уязвимости, у биологически и психологически предрасположенных людей может развиваться психоз, если они подвергаются стрессовому жизненному опыту [25]. Считается, что различные расстройства, например шизофрения, лежат вдоль континуума с нормальным поведением и опытом и существует возможность совершать терапевтические изменения, воздействуя на факторы внешней среды и усиливая протективные способности человека справляться с надвигающимся психотическим расстройством. Третья парадигма ориентирована на симптомы [26]. Здесь подчеркивается каждый отдельный симптом – голоса, бред, расстройство мышления, негативные симптомы, а не использование широких диагностических категорий. Одна из них связана с возможностью справиться с симптомами и понять их, а также со способностью функционировать социально и профессионально, а не просто лечить расстройство как таковое.

Различные протоколы когнитивно-поведенческой терапии психозов сосредоточивают внимание на том или ином симптоме, так как это создает основу для улучшения результатов лечения. Психотические переживания рассматриваются как некоторые реакции, а не только как симптомы основного расстройства. Поэтому необходимо изучить опыт и убеждения человека, связанные с симптомами.

Aaron T. Beck впервые разработал и описал когнитивную терапию параноидного бреда (Beck, 1952), а далее КПТ стала применяться для лечения психотических симптомов [27]. В течение многих десятилетий доминировала гипотеза о том, что психоз является биологическим состоянием, не восприимчивым к психологическим вмешательствам. Тем не менее недавние исследования показали, что положительные симптомы находятся в континууме «здоровье – болезнь» и поэтому могут быть излечимы теми же методами КПТ, которые используются для лечения тревоги и депрессии [28]. Когнитивная модель психоза концептуализирует комбинацию факторов, которые формируют и поддерживают положительные симптомы, такие как бред и слуховые галлюцинации [29], где интерпретации пациента и атрибутивные искажения могут играть особую роль в формировании симптомов и поддержании этих симптомов [30, 31].

Динамика развития психологических вмешательств при психотических расстройствах с использованием когнитивно-поведенческих стратегий на сегодняшний день располагает внушительной базой исследовательской работы, тем не менее существует большой резервный потенциал для будущих изысканий. Как было отмечено выше, в первой работе Beck в 1952 г. была рассмотрена возможность когнитивных вмешательств для бредовых убеждений. После этого ряд небольших исследований [32, 33] укрепил интерес специалистов к способности когнитивных и поведенческих вмешательств воздействовать на симптомы психоза. Тем не менее в последнее десятилетие наблюдается растущий интерес к когнитивно-поведенческой терапии для психотических симптомов, и ряд тщательно проведенных рандомизированных контролируемых испытаний продемонстрировал эффективность этой формы лечения [34, 35, 36, 37].

Вмешательства, которые оказались эффективным для людей с установленным психозом, могут быть действенными не только на стадии развития, но и в продромальной стадии. Таким образом, впоследствии были предложены новые оригинальные протоколы, представляющие собой разные виды адаптации когнитивно-поведенческой терапии.

На сегодняшний день проведено не менее 20 метаанализов, посвященных изучению 55 вариантов применения когнитивно-поведенческого подхода в лечении психозов (КПТ-П). Эти исследования осуществлялись с использованием различных критериев отбора, среди них встречаются противоречивые интерпретации результатов и продолжается обсуждение относительно эффективности КПТ-П [38], однако итоги этих метаанализов в целом согласуются [39]. Для первичного результата (обычно общая мера симптомов) средняя величина эффекта (ES) находится в умеренном диапазоне с меньшими эффектами в более методологически строгих испытаниях [40]. Как правило, в группах сравнения в рандомизированных исследованиях эффективности КПТ для лиц с риском развития психоза предлагается поддерживающая ПТ [41]. Этот метод отличается от остальных отсутствием КПТ, иногда более низкой частотой сессий (например, раз в месяц или раз в неделю по мере необходимости).

Для позитивных симптомов психоза приводится доказательство эффективности КПТ в «сильнейшем» [41] РКИ Bighelli [42]. Демонстрируются доказательства эффективности СВТр для лиц с персистирующими симптомами [43]. КПТ применяется для лечения галлюцинационных [44] и бредовых [45] расстройств. При этом, по данным современных исследований, наибольший эффект достигается при галлюцинациях [46]. Недавнее пилотное РКИ продемонстрировало, что СВТр потенциально может помочь пациентам, отказывающимся от психофармакотерапии [47]. По данным метаанализа [1], КПТ показала наилучшие результаты в ведении пациентов из группы психотического риска не только в отношении редукции собственного симптомов риска, но и в плане лечения коморбидных расстройств, таких как тревога и депрессия, симптомы которых и являются основной причиной обращения за помощью [48, 49]. Также КПТ-П редуцирует негативные симптомы [50] и помогает улучшить социальное функционирование [51].

Помимо индивидуального формата КПТ может проводиться в групповом виде. Данный способ в большей степени направлен на развитие социальных навыков. Обеспечение социальной поддержки важно для развития адаптации к стрессу, а развитые навыки коммуникации – необходимое условие для снижения интерперсональных конфликтов и неудач [52]. Однако групповой формат терапии сопровождается рядом трудностей: непросто сформировать однородную группу, проблемы и цели пациентов часто различаются, а потому разработка актуальной для каждого участника группы программы мало достижима. Еще одна сложность – вовлечение участников в груп-

повой формат, часто воспринимаемый пациентами как небезопасный. Сегодня групповой формат описывается многими авторами как дополнительный к индивидуальной психотерапии.

### Протоколы КПТ

Большинство протоколов КПТ-П являются довольно общими и сосредоточены в основном на позитивных симптомах, таких как бред и галлюцинации. Некоторые из протоколов специфичны в отношении отдельно взятого симптома, и тогда вся работа нацелена, например, на «голоса». Так, Wykes был первым, кто предложил КПТ для «голосов» [53]. Другими исследователями, которые изучали КПТ для «голосов», были Mark Van Der Gaag и коллеги [46]. Последние фокусировались на уменьшении дистресса, связанного с воспринимаемой «силой голоса». Birchwood и коллеги [54] разрабатывали стратегии, нацеленные на «угрожающие голоса», а именно на императивные галлюцинации, делая упор на снижение частоты «голосов», выработку адекватного отношения пациента к «голосам», развитие критичности к ним, а также на изменения в поведении человека, которые возникают в ответ на «голоса» (устойчивость). Предварительное испытание [55] подтвердило, что КПТ-П помогло уменьшить ответное поведение (не делать то, что велит «голос») и изменить дезадаптивные убеждения в отношении «голосов», а также уменьшить депрессию и дистресс, но не оказала влияния на частоту или характеристику «голосов». Одно из пилотных исследований веб-КПТ для лечения галлюцинационной симптоматики [56] также показало аналогичные результаты.

Хотя было опубликовано много экспериментальных исследований, направленных на бред преследования, Фриман и коллеги [57] первыми опубликовали результаты большого рандомизированного контролируемого исследования (n=150), специально предназначенного для параноидных бредовых идей. Результаты демонстрируют эффективность вмешательств КПТ. По прошествии 6 сессий наблюдалось значительное уменьшение выраженности бреда преследования.

Другим фокусом в КПТ-П являются негативные симптомы. В настоящее время недостаточно исследований, специально разработанных для исследования эффективности КПТ в отношении негативных симптомов. Staring и коллеги [58] представили экспериментальные данные, предполагающие многообещающее улучшение при негативных симптомах. Тем не менее более крупное исследование TONES [59] не обнаружило каких бы то ни было преимуществ КПТ перед когнитивно-восстановительной терапией для когнитивных нарушений (памяти или внимания) с точки зрения улучшения негативных симптомов [60].

### Протокол СВТ-Ф

Данный протокол Paul French основан на принципах, разработанных Beck в 1976 г. [61], в их основе лежит предположение, что терапия должна основываться на когнитивной модели того расстройства, которое лечат. Лечение предполагает разработку концептуализации случая, которая далее используется для выбора стратегий лечения. Существует несколько когнитивных моделей, описывающих возникновение и поддержание психоза. Данный протокол использует модель психоза, изложенную Morrison [62].

На начальном этапе внимание уделяется вовлечению пациента в терапию, формулируется кейс и намечается линия ПТ. Выделяют нормализацию, разработку и оценку альтернативных объяснений симптомам, работу над «охранительным» поведением, метакогнитивными убеждениями, глубинными убеждениями, работу с социальной изолированностью и профилактикой рецидивов. Нормализация – подход к существующим психотическим симптомам, широко используемым Kingdon и Turkington [63]. Это согласуется с гипотезой Strauss о том, что психотические явления лежат в континууме с нормальными процессами [64]. В соответствии с этой точкой зрения, эпидемиологические исследования предполагают более высокую распространенность психотических явлений среди населения в целом, чем следует ожидать при изучении данных психиатрических учреждений.

Оценка и реструктурирование ложных убеждений в отношении симптомов заключается в изучении и изменении интерпретации психотических явлений и последующих когнитивных, эмоциональных и поведенческих реакций на них. На этапе работы с «охранительным поведением» используются наработки David Clark. Суть их заключается в том, что у пациентов с тревогой выработан ряд поведенческих стратегий для облегчения состояния [65, 66, 67]. Модель психоза [62] рассматривает такие когнитивные и поведенческие реакции, как потенциально поддерживающие дистресс: например, селективное внимание, руминирование, избегающее поведение. Такое реагирование изучается совместно с пациентом и оценивается с точки зрения адаптивности с целью выработки более помогающих альтернатив.

Важная часть отводится работе с метакогнициями [62, 67], так как подобные феномены могут вызывать дополнительные интрузии, в то время как негативные оценки необычного опыта как опасного или неконтролируемого могут инициировать или ускорить прогрессирование психоза. Работа с глубинными убеждениями предполагает исследование и реструктурирование негативных представлений о себе, о мире, о других. Модифи-

кация таких убеждений не всегда может быть необходимой или доступной. Однако совместная разработка формулировки помогает человеку понять, как возникли его убеждения. Тем не менее для некоторых людей основные убеждения могут влиять на поддержание их дисфункциональных интерпретаций или представлять значительные факторы уязвимости для будущего рецидива.

При работе с лицами, подверженными риску развития психоза, авторы протокола обнаружили, что общий фактор заключается в том, что по разным причинам пациенты не имеют доступа к внешнему опыту, а потому склонны формировать собственные, часто ошибочные представления о внешних или внутренних событиях независимо от того, насколько это эффективно. Отсюда необходимо развивать межперсональные навыки для получения социальной поддержки.

Mrazek и Haggerty [68] предлагают идею профилактических вмешательств. Ими было предложено три стратегии профилактики: универсальная, селективная и индикаторная. В первом случае к психологическим интервенциям относится психообразование населения о том, что такое психоз. Во втором случае интервенции будут направляться только на группы с риск-факторами (в основном группы людей, в наследственно-семейной истории которых имелись психозы). В третьем случае работа нацелена на людей, принадлежащих к группе высокого риска и у которых проявляются минимальные, но обнаружимые признаки психоза. Этот подход является стратегией, принятой в клинике РАСЕ.

Профилактика рецидивов включает разработку плана безопасности, обобщение терапевтического прогресса и обсуждение того, как и когда рассмотреть возможность доступа к услугам в будущем. Эта работа особенно актуальна для тех пациентов, которые испытали КИПС, поскольку в центре внимания вмешательства часто находится предотвращение повторения этих расстройств: обучение распознавать период до рецидива (авторами он рассматривается как продром рецидива и обычно характеризуется изменениями настроения, поведения и мыслей человека, которые появляются за две–шесть недель до рецидива). Пациент подготовлен к тому, чтобы узнавать появляющиеся субклинические симптомы и другие индикаторы, предвещающие начало болезни. Продромы при психозе, по-видимому, характеризуются такими изменениями, как повышение напряжения, нарушение аппетита, проблемы с концентрацией внимания, расстройства сна, депрессия, социальное напряжение, беспокойство, дисфория и раздражительность [69]. Они также могут включать слабые психотические симптомы, например подозрительность и идеи отношения [70].

Если эти ранние признаки и симптомы могут быть идентифицированы, то они могут представлять возможность действовать быстро, чтобы получить лечение, направленное на минимизацию симптомов и возможность предотвращения последующего рецидива. В протоколе ряд психологических вмешательств используется для минимизации рецидива [71]. Мысли пациента, связанные со страхом госпитализации и последствий этого, вызывают сильные эмоции, пациент учится адекватно оценивать первоначальные симптомы, а не интерпретировать их как индикаторы надвигающегося безумия [72].

#### **Протокол СВТ-V**

Протокол СВТ-V [73] использует протокол СВТ-F с двумя дополнительными компонентами, включающими воздействие на когнитивные убеждения, которые могут способствовать развитию паранойи [74]. Другими поведенческими целями являются воздействие на посещаемость школы, работы, улучшение социальных взаимоотношений и снижение частоты употребления ПАВ [73].

#### **Протокол СТ-R**

Это новый, лично-ориентированный подход к пониманию и лечению тяжелых психических заболеваний – восстановительная когнитивная терапия (СТ-R). Теория и терапия основаны на предположении, что личность состоит из ряда «режимов», включающих основные компоненты: познание, аффект, мотивация и поведение. Активация определенного режима и его статус (адаптивный или дезадаптивный) зависят от соответствия между внутренними импульсами и желаниями человека и внешними ситуационными факторами. Стойкие когнитивные искажения в пределах режимов могут быть ответственны за плохую адаптацию, наблюдаемую при психических расстройствах. Теория режимов в применении к шизофрении постулирует, что люди страдают от постоянно активированных неадаптивных режимов и не способны контролировать их переключение. Основные терапевтические элементы СТ-R направлены на активацию адаптивных режимов личности, дезактивацию дезадаптивных режимов, что содействует движению к выздоровлению [74].

Беск рассматривает «личность с точки зрения двух всеобъемлющих секторов: позитивного и негативного» [75]. Негативные аффекты можно разделить на беспокойство, депрессию или гнев. Соответствующие автоматические мысли связаны с опасностью, поражением или бессилием. Чрезмерная реакция на ситуацию часто происходит вследствие негативного когнитивного предубеждения при её фактической нейтральности. Большинству людей удается ориентироваться в этих предубеждениях и либо учитывать, либо реструктурировать. Другой сектор – позитивный аффект

– имеет отношение к положительному эффекту: люди склонны делать то, что принесет им удовольствие или облегчит страдания.

До недавнего времени терапевтический подход был направлен на снижение разных когнитивных паттернов, негативных аффектов и неадаптивных моделей поведения. Хотя в последние годы внимание многих психотерапевтов сместилось с негативных симптомов к более широкому, перекрестному диагностическому подходу, направленному на целостное представление о пациенте и активацию его личностного потенциала. В работе с пациентами с серьезными психическими расстройствами Р. Grant и Е. Inverso рассматривают такие широкие аспекты личности, как эффективность, ценность, индивидуальные особенности, независимость и т.д. В процессе терапии пациент приходит к выводу о значении того или иного опыта (бытовые задачи, общение, собственные реакции). Пациент формулирует для себя, что говорит накопленный опыт о нем как о личности и как этот вывод можно утилизировать. Это сосредоточение на значении имеет тенденцию активации – «нисходящий подход». Такой подход направлен на получение нового опыта для реконструкции старых убеждений в более адаптивные новые, так же, как традиционные подходы когнитивной терапии. Критическое отличие СТ-R заключается в акценте на активацию позитивного режима и уменьшении акцента на негативные факторы [75]. Исследование эффективности протокола демонстрирует весомые преимущества СТ-R по сравнению со стандартным лечением. Улучшения сохранялись при последующем наблюдении спустя 6 месяцев после окончания ПТ, и размеры эффекта были сопоставимы с теми, которые наблюдались в конце лечения [76].

#### **NBI (needs-based intervention)**

Психотерапия, основанная на базовых потребностях, сосредоточена на выделении симптомов и соответствующих социальных, семейных и профессионально-технических вопросов. В некоторых исследованиях эти методы обеспечивают поддержку и образование семей в дополнение к кризисному управлению и индивидуальной опеке [77]. При проведении NBI ведется работа с уже имеющимися симптомами. NBI может включать следующие направления: поддерживающую психотерапию, направленную на актуальные переживания по поводу социальных или семейных взаимоотношений; программы психосоциального образования и поддержки семьи; информирование о применении препаратов; клинический мониторинг [78]. Разработка и реализация поддерживающих процедур ведется на уровне медицинской службы посредством целевого и/или группового подхода и на индивидуальном уровне.

### **Психообразование как вид психотерапии**

Психообразование как информирование пациентов об их психическом состоянии способствует формированию адекватных представлений и преодолению стигматизации, рекомендуется как первоочередное вмешательство в предпсихотический период [79]. Разные методы психообразования могут включать лекции, демонстрации, ролевые разыгрывания. Реализуется как в индивидуальном, так и в групповом формате. Психообразование часто применяется в качестве сравнительного метода при оценке эффективности более стандартизированных форм вмешательств.

Недавний систематический обзор 44 рандомизированных контролируемых исследований, проведенных в 1988-2009 гг., показал, что у пациентов с шизофренией, в том числе и на ранних её этапах (n=1200–1400) в программах психообразования значительно улучшились приверженность лечению и качество ремиссии, уменьшалась частота рецидивов (в течение 6 месяцев) по сравнению с теми, кто получал стандартную психиатрическую помощь [80]. Рандомизированное контролируемое исследование (Мюнхен, Германия) показало, что психообразование при шизофрении, состоящее из индивидуальной поведенческой терапии, тренингов «самоутверждения» и решения проблем обучения навыкам общения и дальнейшей семейной терапии, может привести к значительному снижению показателей повторной госпитализации с 58% до 41% и сокращению пребывания в стационаре с 78 до 39 дней [81]. Программы психообразования включают широкий тематический диапазон в отношении потребностей пациента, проблем в связи с болезнью, её лечением и самоконтролем. Акцент делается на развитие комплаентности, снабжение пациентов адекватными и современными знаниями о болезни и её клиническом течении, на теории и практики лечения, управление стрессом, эффективные навыки общения и преодоление трудностей, семейную систему отношений и межличностные контакты, поддержание правильного питания, здорового образа жизни, предотвращение рецидивов и употребления ПАВ [82].

### **Семейная психотерапия**

Течение болезни, лечение, профилактика – серьезная нагрузка как на больных шизофренией, так и для их семей. Семейная психотерапия эффективна в отношении предотвращения рецидивов и стабилизации болезненного процесса [83]. Используются психосоциальный, психообразовательный и поведенческий типы интервенций. Включает тренинги развития необходимых навыков. Основная цель программы – уменьшить рецидивы и укрепить ремиссию пациентов. Часто работа ведется без присутствия пациентов [84].

Метаанализы Pharoah et al. [85, 86]. McFarlane et al. [86] показали снижение риска рецидивов и количества госпитализаций у больных, члены семей которых прошли обучение в психообразовательных проектах.

### **Поведенческая психотерапия**

Основные интервенции при использовании данного метода направлены на развитие комплаентности пациента, сотрудничество. В рамках лечения проводится обучение навыкам планирования, постановки задач, системы напоминаний, поддержанию активности, социальным навыкам, управлению нежелательным поведением [87]. Активно используются положительное подкрепление, позитивная обратная связь. Особое внимание уделяется навыкам межличностного общения. В сравнении с интервенциями в дидактическом формате поведенческий подход показал лучшую эффективность для развития готовности пациента к лечению [88].

Рассмотренные выше протоколы КПТ можно отнести к одному базовому методу, который опирается на двухуровневую модель когнитивных процессов Beck. Напомним её: система убеждений задает определенное отношение к событиям триггерам, что ведет к появлению позитивных симптомов, в редукции которых и состоит цель работы. Второй базовый метод в КПТ опирается на модель когнитивного дефицита и несформированных когнитивных, социальных навыков. В этом ключе проводится восстановление или улучшение когнитивных функций, в нескольких пилотных исследованиях изучались лица с риском манифестации, у которых была обнаружена взаимосвязь когнитивных нарушений и исходов функционального состояния [89].

Для психотерапевтической интервенции юношей с риском развития психоза в рамках когнитивного восстановления или улучшения состояния использовали компьютеризированные когнитивно-реконструктивные программы (COGNACK, Lumosity, Brain Fitness Program, SocialVille или PositScience) с доказанной эффективностью при установленном диагнозе [90, 91]. Образовательная платформа обеспечивают тренировку различных областей когнитивных функций, таких как внимание, скорость обработки информации, исполнительные функции, обучение и память, социальная адаптация. Тренинги, как правило, проходят с периодичностью несколько раз в неделю.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Представленный литературный обзор дает представление о существующих вариантах оказания психотерапии пациентам юношеского возраста из группы психотического риска, которые обращаются за помощью по поводу неспецифических жалоб тревожно-депрессивного круга.

По данным современных исследований, такой подход прежде всего оправдан как стратегия первого выбора для лечебного вмешательства на ранних этапах психических заболеваний, которая позволяет повлиять не только на основные симптомы, являющиеся предметом жалоб, но и на симптомы высокого риска развития психоза, а также на когнитивные функции, определяющие уровень социального функционирования. В зависимости от конкретного клинического случая нами делается выбор в пользу того или иного протокола, которые описаны выше. Однако не менее эффективно бывает использование отдельно взятых наборов, приводимых в статьях авторов КПТ протоколов. Такой интегративный подход, с нашей точки зрения, допустим, так как опыт работы с описанной группой пациентов позволяет проследить некоторые закономерности. Например, пациентов отличает низкая мотивация, их часто характеризует поведение, препятствующее терапии. Важнейшим элементом работы становится создание психотерапевтических отношений. В этой связи наибольший интерес вызывает относительно новый подход СТ-R, даже несмотря на то что он рассчитан на работу с тяжелыми психическими состояниями. Интервенции, предлагаемые авторами СТ-R, помогают сформировать у пациентов представление о собственной позитивной концептуализации: имеющихся ресурсах, буферах, копингах. Всё это, а также прояснение желаний и ценностей пациентов становится платформой для развития мотивации к решению поставленных в терапевтической работе задач.

#### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов, связанных с публикацией материалов данной статьи.

#### ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование не имело спонсорской или иной финансовой поддержки.

#### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Stafford MR, Jackson H, Mayo-Wilson E, Morrison AP, Kendall T. Early interventions to prevent psychosis: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013;346:F185. DOI: 10.1136/bmj.f762.
- Bloom, DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, Feigl AB, Gaziano T, Mowafi M, Pandya A, Prettner K, Rosenberg L, Seligman B, Stein AZ, Weinstein C. The global economic burden of noncommunicable diseases. *World Economic Forum*, 2011.
- Girolamo G, McGorry P, Sartorius N. Age of onset of mental disorders. 2019 Springer International Publishing AG. Switzerland. URL: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-72619-9>
- McGlashan TH. Commentary: Progress, issues, and implications of prodromal research: an inside view. *Schizophr Bull*. 2003;29(4):851-8. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007051
- Millan MJ, Andrieux A, Bartzokis G, Cadenhead K, Dazzan P, Fusar-Poli P, Gallinat J, Giedd J, Grayson DR, Heinrichs M, Kahn R, Krebs MO, Leboyer M, Lewis D, Marin O, Marin P, Meyer-Lindenberg A, McGorry P, McGuire P, Owen MJ, Patterson P, Sawa A, Spedding M, Uhlhaas P, Vaccarino F, Wahlestedt C, Weinberger D. Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives. *Nat Rev Drug Discov*. 2016 Jul;15(7):485-515. doi: 10.1038/nrd.2016.28
- Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry*. 2017 Oct;16(3):251-265. doi: 10.1002/wps.20446
- Andreou C, Bailey B, Borgwardt S. Assessment and treatment of individuals at high risk for psychosis. *BJPsych Advances*. 2019;25(3):177-84. URL: <https://doi.org/10.1192/bja.2019.3>
- Fusar-Poli P, Cappucciati M, Borgwardt S, Woods SW, Addington J, Nelson B, Nieman DH, Stahl DR, Rutigliano G, Riecher-Rössler A, Simon AE, Mizuno M, Lee TY, Kwon JS, Lam MM, Perez J, Keri S, Amminger P, Metzler S, Kawohl W, Rössler W, Lee J, Labad J, Ziermans T, An SK, Liu CC, Woodberry KA, Braham A, Corcoran C, McGorry P, Yung AR, McGuire PK. Heterogeneity of Psychosis Risk Within Individuals at Clinical High Risk: A Meta-analytical Stratification. *JAMA Psychiatry*. 2016 Feb;73(2):113-20. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2324
- Brummitt K, Addington J. Treatment possibilities for individuals at clinical high risk of psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2013 May;7(2):155-61. doi: 10.1111/j.1751-7893.2012.00370.x
- DeVylder JE, Yang LH, Harkavy-Friedman JM, Azimov N, Walder DJ, Corcoran CM. Assessing depression in youth at clinical high risk for psychosis: a comparison of three measures. *Psychiatry Res*. 2014 Feb 28; 215(2):323-8. doi: 10.1016/j.psychres.2013.12.002
- Häfner H, an der Heiden W, Maurer K. Evidence for separate diseases?: Stages of one disease or different combinations of symptom dimensions? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2008 Jun;258 Suppl 2:85-96. doi: 10.1007/s00406-008-2011-4
- Fulford D, Niendam TA, Floyd EG, Carter CS, MATHALON DH, Vinogradov S, Stuart BK, Loewy RL. Symptom dimensions and functional impairment in early psychosis: more to the story than just negative symptoms. *Schizophr Res*. 2013 Jun;147(1):125-131. doi: 10.1016/j.schres.2013.03.024
- Davies C, Cipriani A, Ioannidis JPA, Radua J, Stahl D, Provenzano U, McGuire P, Fusar-Poli P. Lack of evidence to favor specific preventive interventions in psychosis: a network meta-analysis. *World Psychiatry*. 2018 Jun;17(2):196-209. doi: 10.1002/wps.20526
- Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J, Parker S, Bentall RP. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2004 Oct;185:291-7. doi: 10.1192/bjp.185.4.291
- Addington J, Epstein I, Liu L, French P, Boydell KM, Zipursky RB. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophr Res*. 2011 Jan;125(1):54-61. doi: 10.1016/j.schres.2010.10.015

16. Bechdolf A, Wagner M, Veith V, Ruhrmann S, Pukrop R, Brockhaus-Dumke A, Berning J, Stamm E, Janssen B, Decker P, Bottlender R, Moller HJ, Gaebel W, Maier W, Klosterkotter J. Randomized controlled multicentre trial of cognitive behaviour therapy in the early initial prodromal state: effects on social adjustment post treatment. *Early Interv Psychiatry*. 2007 Feb;1(1):71-8. doi: 10.1111/j.1751-7893.2007.00013.x
17. Stafford MR, Jackson H, Mayo-Wilson E, Morrison AP, Kendall T. Early interventions to prevent psychosis: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013;346:F.185. doi: 10.1136/bmj.f762.
18. Thompson A, Broome M. Risk factors for psychosis: Paradigms, mechanisms, and prevention. Academic Press, 2020:456.
19. Woodberry KA, Shapiro DI, Bryant C, Seidman LJ. Progress and Future Directions in Research on the Psychosis Prodrome: A Review for Clinicians. *Harv Rev Psychiatry*. 2016 Mar-Apr;24(2):87-103. doi: 10.1097/HRP.000000000000109
20. Haddock G, Tarrrier N, Morrison AP, Hopkins R, Drake R, Lewis S. A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999 May;34(5):254-8. doi: 10.1007/s001270050141
21. Jones C, Hacker D, Meaden A, Cormac I, Irving CB. WITHDRAWN: Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Apr 13;(4):CD000524. doi: 10.1002/14651858.CD000524.pub3
22. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press, 1976.
23. Morrison AP, Renton JC, Dunn H, Williams S, Bentall RP. *Cognitive therapy for psychosis. A formulation based approach*. Hove: Brunner-Routledge, 2004.
24. Kraepelin E. *Psychiatry: A textbook for students and physicians*. Vol. 1. General Psychiatry. Canton, MA: Watson Publishing International, 1899/1990.
25. Zubin J, Spring B. Vulnerability--a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol*. 1977 Apr;86(2):103-26. doi: 10.1037//0021-843x.86.2.103
26. Bentall R.P. *Madness Explained. Psychosis and Human Nature*. London: Penguin Books, 2003.
27. *CBT for psychosis: A symptom-based approach* / ed. by R. Hagen, D. Turkington, T. Berge, R.W. Gräwe. Routledge, 2010:296.
28. Bentall R. The new psychology and treatment of psychosis. *Journal of the Norwegian Psychological Association*. 2007;44:524-6.
29. Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington PE. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol Med*. 2001 Feb;31(2):189-95. doi: 10.1017/s0033291701003312
30. Bentall R.P. *Madness explained. Psychosis and human nature*. London: Penguin Books, 2003.
31. Freeman D., Garety P. (eds). *Paranoia: The psychology of persecutory delusions*. Hove, UK: Psychology Press, 2004. (Maudsley Monograph No. 45.)
32. Chadwick PD, Lowe CF. Measurement and modification of delusional beliefs. *J Consult Clin Psychol*. 1990 Apr;58(2):225-32. doi: 10.1037//0022-006x.58.2.225
33. Watts FN, Powell GE, Austin SV. The modification of abnormal beliefs. *Br J Med Psychol*. 1973 Dec;46(4):359-63. doi: 10.1111/j.2044-8341.1973.tb02260.x
34. Drury V, Birchwood M, Cochrane R, Macmillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *Br J Psychiatry*. 1996 Nov;169(5):593-601. doi: 10.1192/bjp.169.5.593
35. Kuipers E, Garety P, Fowler D, Dunn G, Bebbington P, Freeman D, Hadley C. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: effects of the treatment phase. *Br J Psychiatry*. 1997 Oct;171:319-27. doi: 10.1192/bjp.171.4.319
36. Sensky T, Turkington D, Kingdon D, Scott JL, Scott J, Siddle R, O'Carroll M, Barnes TR. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Feb;57(2):165-72. doi: 10.1001/archpsyc.57.2.165
37. Tarrrier N, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E, Gledhill A, Haddock G, Morris J. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ*. 1998 Aug 1;317(7154):303-7. doi:10.1136/bmj.317.7154.303
38. *A clinical introduction to psychosis: Foundations for clinical psychologists* / ed. by JC. Badcock, G. Paulik. Academic Press, 2019. 742 p.
39. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull*. 2008 May;34(3):523-37. doi: 10.1093/schbul/sbm114
40. Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, Fung E, Salvador R, Laws KR. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Br J Psychiatry*. 2014 Jan;204(1):20-9. doi: 10.1192/bjp.bp.112.116285
41. Turner DT, van der Gaag M, Karyotaki E, Cuijpers P. Psychological interventions for psychosis: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Am J Psychiatry*. 2014 May;171(5):523-38. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13081159
42. Bighelli I, Salanti G, Huhn M, Schneider-Thoma J, Krause M, Reitmeir C, Wallis S, Schwermann F, Pitschel-Walz G, Barbui C, Furukawa TA, Leucht S. Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*. 2018 Oct;17(3):316-329. doi: 10.1002/wps.20577
43. Burns AM, Erickson DH, Brenner CA. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: a meta-analytic review. *Psychiatr Serv*. 2014 Jul;65(7):874-80. doi: 10.1176/appi.ps.201300213
44. Thomas N, Hayward M, Peters E, van der Gaag M, Bentall RP, Jenner J, Strauss C, Sommer IE, Johns LC, Varese F, Garcia-Montes JM, Waters F, Dodgson G, McCarthy-Jones S. Psychological therapies for auditory hallucinations (voices): current status and key directions for future research. *Schizophr Bull*. 2014 Jul;40 Suppl 4(Suppl 4):S202-12. doi: 10.1093/schbul/sbu037

45. Mehl S, Werner D, Lincoln TM. Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. *Front Psychol*. 2015 Oct 6;6:1450. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01450
46. van der Gaag M, Valmaggia LR, Smit F. The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: a meta-analysis. *Schizophr Res*. 2014 Jun;156(1):30-7. doi: 10.1016/j.schres.2014.03.016
47. Pyle M, Pilling S, Machin K, Allende-Cullen G, Morrison AP. Peer support for internalised stigma experienced by people with psychosis: Rationale and recommendations. *Psychosis*. 2018;10(2):146-152. <https://doi.org/10.1080/17522439.2018.1437212>
48. Woods SW, Addington J, Cadenhead KS, Cannon TD, Cornblatt BA, Heinssen R, Perkins DO, Seidman LJ, Tsuang MT, Walker EF, McGlashan TH. Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: findings from the North American Prodrome Longitudinal Study. *Schizophr Bull*. 2009 Sep;35(5):894-908. doi: 10.1093/schbul/sbp027
49. Peters E, Landau S, McCrone P, Cooke M, Fisher P, Steel C, Evans R, Carswell K, Dawson K, Williams S, Howard A, Kuipers E. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for psychosis in a routine clinical service. *Acta Psychiatr Scand*. 2010 Oct;122(4):302-18. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01572.x
50. Grant P M, Huh GA, Perivoliotis D, Stolar NM, Beck AT. Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(2):121-127. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.129
51. Fowler D, Garety PA, Kuipers E. *Cognitive behaviour therapy for psychosis. Theory and practice*. Chichester: Wiley, 1995.
52. Bellack A.S. Schizophrenia: Behavior therapy's forgotten child. *Behavior Therapy*. 1986;17(3):199-214. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(86\)80051-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(86)80051-X).
53. Wykes T, Hayward P, Thomas N, Green N, Surguladze S, Fannon D, Landau S. What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophr Res*. 2005 Sep 15;77(2-3):201-10. doi: 10.1016/j.schres.2005.03.013
54. Birchwood M, Peters E, Tarrier N, Dunn G, Lewis S, Wykes T, Davies L, Lester H, Michail M. A multi-centre, randomised controlled trial of cognitive therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations. *BMC Psychiatry*. 2011 Sep 30;11:155. doi: 10.1186/1471-244X-11-155
55. Trower P, Birchwood M, Meaden A, Byrne S, Nelson A, Ross K. Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2004 Apr;184:312-20. doi: 10.1192/bjp.184.4.312
56. Gottlieb J.D., Romeo K.H., Penn D.L., Mueser K.T., Chiko B.P. Web-based cognitive-behavioral therapy for auditory hallucinations in persons with psychosis: A pilot study. *Schizophr Res*. 2013. Vol. 145. No. 1–3. P. 82–87. DOI: 10.1016/j.schres.2013.01.002.
57. Freeman D, Dunn G, Startup H, Pugh K, Cordwell J, Mander H, Černis E, Wingham G, Shirvell K, Kingdon D. Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): a parallel, single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis. *Lancet Psychiatry*. 2015 Apr;2(4):305-13. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00039-5
58. Staring AB, Ter Huurne MA, van der Gaag M. Cognitive Behavioral Therapy for negative symptoms (CBT-n) in psychotic disorders: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2013 Sep;44(3):300-6. doi: 10.1016/j.jbtep.2013.01.004
59. Klingberg S, Wölwer W, Engel C, Wittorf A, Herrlich J, Meisner C, Buchkremer G, Wiedemann G. Negative symptoms of schizophrenia as primary target of cognitive behavioral therapy: results of the randomized clinical TONES study. *Schizophr Bull*. 2011 Sep;37 Suppl 2(Suppl 2):S98-110. doi: 10.1093/schbul/sbr073
60. *Comprehensive care of schizophrenia: A textbook of clinical management* /ed. by JA Lieberman, RM Murray. London: Martin Dunitz, 2000:256.
61. Anthony PF, Morrison P. *Early detection and cognitive therapy for people at high risk of developing psychosis: A treatment approach*. John Wiley & Sons Ltd., 2004. DOI: 10.1002/9780470713259
62. Morrison A.P. The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 2001 July;29(3):257–276. <https://doi.org/10.1017/S1352465801003010>
63. Kingdon D, Turkington D. *Cognitive behavioral therapy of schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates, 1994:212.
64. Strauss JS. Hallucinations and delusions as points on continua function. Rating scale evidence. *Arch Gen Psychiatry*. 1969 Nov;21(5):581-6. doi: 10.1001/archpsyc.1969.01740230069010
65. Clark HH. *Using language*. N.Y.: Cambridge University Press, 1996.
66. Salkovskis PM. Avoidance behaviour is motivated by threat beliefs: A possible resolution of the cognitive-behaviour debate. In: Salkovskis PM. (ed.). *Trends in cognitive and behavioural therapies*. Chichester: Wiley, 1996:25-42.
67. Wells A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1995;23(3):301-20. doi:10.1017/S1352465800015897
68. Mrazek P.J., Haggerty R.J. (eds). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academies Press, 1994.
69. Birchwood M, Smith J, Macmillan F, Hogg B, Prasad R, Harvey C, Bering S. Predicting relapse in schizophrenia: the development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation. *Psychol Med*. 1989 Aug;19(3):649-56. doi: 10.1017/s0033291700024247
70. Chadwick PD, Birchwood MJ, Trower P. *Wiley series in clinical psychology. Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. John Wiley & Sons, 1996.
71. Gumley A., Power K. Is targeting cognitive therapy during relapse in psychosis feasible? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2000 April;28(2):161-74. doi: 10.1017/S1352465800001077
72. Gumley A.I., White C.A., Power K.G. An interacting cognitive subsystems model of relapse and course of psychosis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.

- 1999 October;6(4):261-78. doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199910)6:4<261::AID-CPP211>3.0.CO;2-C
73. van der Gaag M, Nieman DH, Rietdijk J, Dragt S, Ising HK, Klaassen RM, Koeter M, Cuijpers P, Wunderink L, Linszen DH. Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial. *Schizophr Bull.* 2012 Nov;38(6):1180-8. doi: 10.1093/schbul/sbs105
  74. Rietdijk J, Dragt S, Klaassen R, Ising H, Nieman D, Wunderink L, Delespaul P, Cuijpers P, Linszen D, van der Gaag M. A single blind randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy in a help-seeking population with an At Risk Mental State for psychosis: the Dutch Early Detection and Intervention Evaluation (EDIE-NL) trial. *Trials.* 2010 Mar 22;11:30. doi: 10.1186/1745-6215-11-30
  75. Beck AT, Finkel MR, Beck JS. The theory of modes: Applications to schizophrenia and other psychological conditions. *Cogn Ther Res.* 2020. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10098-0>
  76. Beck A.T. The recovery-oriented cognitive therapy (CT-R) difference: Activating positive cognitions rather than deactivating negative cognitions. 2020 April 28. <https://beckinstitute.org/the-recovery-oriented-cognitive-therapy-difference/>
  77. Addington J, Epstein I, Liu L, French P, Boydell KM, Zipursky RB. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophr Res.* 2011 Jan;125(1):54-61. doi: 10.1016/j.schres.2010.10.015
  78. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey S, Cosgrave EM, Germano D, Bravin J, McDonald T, Blair A, Adlard S, Jackson H. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry.* 2002 Oct;59(10):921-8. doi: 10.1001/archpsyc.59.10.921
  79. Berger G, Fraser R, Carbone S, McGorry P. Emerging psychosis in young people - Part 1 - key issues for detection and assessment. *Aust Fam Physician.* 2006 May;35(5):315-21. PMID: 16680211
  80. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2011 Jan;37(1):21-2. doi: 10.1093/schbul/sbq138
  81. Basan A, Pitschel-Walz G, Bäuml J. Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Patienten und anschließende ambulante Langzeitbehandlung. Eine 4-Jahres-Katamnese und Literaturübersicht [Psychoeducational intervention for schizophrenic patients and subsequent long-term ambulatory care. A four-year follow-up]. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2000 Dec;68(12):537-45. German. doi: 10.1055/s-2000-10038
  82. Bisbee C.C., Vickar G.M. A review of psychoeducation for patients with schizophrenia. *Psychiatric Annals.* 2012 June;42:205-10. doi:10.3928/00485713-20120606-03
  83. NICE 2019. All rights reserved. Subject to Notice of rights. URL: <https://www.nice.org.uk/terms-and-Page46conditions#notice-of-right>. Last updated: March 2014.
  84. Pharoah FM, Rathbone J, Mari JJ, Streiner D. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD000088. doi: 10.1002/14651858
  85. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Oct 18;(4):CD000088. doi: 10.1002/14651858.CD000088.pub2
  86. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marital Fam Ther.* 2003 Apr;29(2):223-45. doi: 10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x
  87. Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, Everitt B, David A. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ.* 1996 Feb 10;312(7027):345-9. doi: 10.1136/bmj.312.7027.345
  88. Boczowski JA, Zeichner A, DeSanto N. Neuroleptic compliance among chronic schizophrenic outpatients: an intervention outcome report. *J Consult Clin Psychol.* 1985 Oct;53(5):666-71. doi: 10.1037//0022-006x.53.5.666
  89. Holzer L, Urben S, Passini CM, Jaugey L, Herzog MH, Halfon O, Pihet S. A randomized controlled trial of the effectiveness of computer-assisted cognitive remediation (CACR) in adolescents with psychosis or at high risk of psychosis. *Behav Cogn Psychother.* 2014 Jul;42(4):421-34. doi: 10.1017/S1352465813000313
  90. Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry.* 2011 May;168(5):472-85. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10060855
  91. Keshavan MS, Vinogradov S, Rumsey J, Sherrill J, Wagner A. Cognitive training in mental disorders: update and future directions. *Am J Psychiatry.* 2014 May;171(5):510-22. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13081075

Поступила в редакцию 18.01.2021  
Утверждена к печати 03.03.2021

Иванов Денис Николаевич – клинический психолог, когнитивно-поведенческий психотерапевт, руководитель социальных программ Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Researcher ID AAJ-9770-2021. ORCID iD 0000-0003-1354-3648.

Омельченко Мария Анатольевна – кандидат медицинских наук, врач-психиатр, ведущий научный сотрудник Отдела юношеской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Researcher ID K-6508-2016 ORCID iD 0000-0001-8343-168X. SPIN-код 1643-9032. Author ID 669983.

✉ Иванов Денис Николаевич, Denis.n.ivanov@gmail.com

UDC 616.895.8:616-053.7:616.035:616.851:655.28.022.1(1-856)(048.8)

For citation: Ivanov D.N., Omelchenko M.A. Analysis of approaches in psychotherapeutic counseling of young men at risk for the development of schizophrenia (review of foreign literature). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2021; 1 (110): 53–64. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-53-64](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-53-64)

## **Analysis of approaches in psychotherapeutic counseling of young men at risk for the development of schizophrenia (review of foreign literature)**

**Ivanov D.N.<sup>1, 2</sup>, Omelchenko M.A.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Non-profit organization “Association for Cognitive-Behavioral Psychotherapy”  
Kamennostrovsky Avenue 12, letter Z, 197101, Saint-Petersburg, Russian Federation*

<sup>2</sup> *Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center”  
Kashirskoe Highway 34, 115522, Moscow, Russian Federation*

### **ABSTRACT**

At the present stage of the improvement of methods of the psychotherapy, the problems of studying the patterns of development, recognizing the initial stages and psychotherapeutic-oriented diagnosing mental diseases, conducting early therapeutic interventions in relation to diseases such as schizophrenia, and its manifestation in patients from the psychosis risk group are of specific relevance. This remains one of the most difficult, promising and demanded areas in modern medicine. The article provides a rationale for the use of psychotherapeutic approaches, forms and methods of psychotherapy, aimed not only at reducing the symptoms of psychotic risk and reducing the risk of manifestation of psychosis, but also at improving the level of social functioning. The main focus is on the most common cognitive-behavioral method, with a detailed examination of its main protocols.

**Keywords:** schizophrenia risk group, male adolescents, cognitive psychotherapy, early intervention, CBT treatment protocols, mental health prevention.

Received January 18.2021

Accepted March 03.2021

Ivanov Denis N. – clinical psychologist, cognitive-behavioral psychotherapist, head of social programs of the Association for Cognitive-Behavioral Psychotherapy, Saint-Petersburg, Russian Federation; researcher, Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center”, Moscow, Russian Federation. Researcher ID AAJ-9770-2021. ORCID iD 0000-0003-1354-3648.

Omelchenko Maria A. – PhD, psychiatrist, lead researcher, Department of Youth Psychiatry, Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center”, Moscow, Russian Federation. Researcher ID K-6508-2016. ORCID iD 0000-0001-8343-168X. SPIN-code 1643-9032. Author ID 669983.

✉ Ivanov Denis N., [Denis.n.ivanov@gmail.com](mailto:Denis.n.ivanov@gmail.com)

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 616.895.8-055.1/.3:616.89-008.428.12:159.9.019.4:331.101.262:355.211.1

Для цитирования: Овчинников А.А., Лобастов Р.Л. Деформации психологических адаптационных ресурсов на примере амотивационной и экзистенциальной несостоятельности при шизофрении. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2021; 1 (110): 65–70. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-65-70](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-65-70)

## Деформации психологических адаптационных ресурсов на примере амотивационной и экзистенциальной несостоятельности при шизофрении

**Овчинников А.А., Лобастов Р.Л.**

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Россия, 630091, Новосибирск, Красный проспект, 52

### РЕЗЮМЕ

**Цель:** изучение шизофренического расстройства с точки зрения специфических нарушений в сфере адаптаций, которые предположительно взаимосвязаны с эмоционально-личностным ядром и патологией внутреннего мотивационного (интрисивного) комплекса. **Задачи:** сбор экспериментальных данных, позволяющих проанализировать определенную ситуацию средового влияния, отражающую связь между возникающими действительными стрессорами в жизни больного шизофренией и несостоятельностью адаптивных возможностей в его психике. **Материал и методы.** В 2016–2017 гг. на базе отделений психиатрической больницы пролечено 65 человек (из них 55 мужчин) в возрасте от 25 до 40 лет, с манифестными и повторными приступами шизофрении (F20.0). У 70% обследованных имелась группа инвалидности. Контрольная (экспертная) группа – 10 призывников 17–18 лет, с относительно устойчивым психотическим преморбидом, были обследованы по направлению РВК. Кроме основного клинико-психопатологического метода использован опросник Индекс жизненного стиля (ИЖС). Обработка данных проводилась непараметрическими методами: критерий Манна–Уитни (U) и коэффициент Спирмена (r). **Заключение.** Специфика разобщенности осознанных и неосознанных защитных паттернов у больных шизофренией не позволяет им выработать универсальную психологическую адаптацию. Амотивационные нарушения предположительно могут коррелировать с вектором отчужденности осознанных и неосознанных психологических защит (например, с опорой только на регрессивно-проективный полюс адаптации или только на рациональный). В этой связи декомпенсация адаптивных возможностей достигает таких масштабов, что адаптация к реальности воспринимается больным шизофренией традиционно враждебно, и лишь в рамках болезни она значима, так как заряжена его идентичностью. Любой личностный (как и сверхличностный) порыв оказывается тотально несостоятельным и невоплощенным.

**Ключевые слова:** шизофрения, система адаптаций, низшие и высшие мотивации, средовое взаимодействие, стрессоры, «ложный стрессор», «экзистенциальные координаты», напряженность психологических защит, пропускная способность психологических защит, нарушение компенсаторных свойств существования.

### ВВЕДЕНИЕ

В шизофреническом процессе, как в многомерном патогенном феномене, происходит множество не только психических, но и психофизиологических трансформаций. Это показывают многолетние исследования, использующие разные подходы и концепции изучения (иммунологические, генетические, психосоциальные, личностно-ориентированные).

Биопсихосоциальная модель, отражающая динамическую фиксацию психических аномалий, способна регистрировать под разными углами зрения поливекторность психики, раскрывая психическую патологию на различных этапах интеграции болезненного процесса. При этом учитывается и средовый фактор, центрально влияю-

щий на патогенез и развитие эндогенного процесса. Тем не менее, как нам кажется, именно средовый (или стрессовый фактор), как социально-психологический компонент, «задерживается», а часто и дистанцируется от современных технологий лечения шизофрении. Человеческая психика традиционно воспринимается как носитель эндогенной архитектоники. Средовые факторы при этом рассматриваются как случайные или пассивные нарративы, которые влияют на заболевание в виде неблагоприятной последовательности событий. Экзогениям в этом случае отводится роль провокативного механизма, которые либо ускоряют уязвимость шизофренического процесса, либо делают его окончательно необратимым.

Само существование шизофренической личности, как правило, остается в этом случае практически незаметным, обнаруживая лишь краткий анамнез психотического события, свидетелями которого становятся окружающие.

Проблема здесь скорее обусловлена локальными подходами к заболеванию, в которых болезнь рассматривается как субстрат эндогенного процесса, активность которого перераспределяется только лишь в самом носителе заболевания. В этой связи (в рамках лечебной и реабилитационной методологии) используются по преимуществу биологические и отчасти биопсихические модели развития шизофренического процесса, включающие проблемы «психопатологической уязвимости» [1].

Например, в случае преобладания бредовой симптоматики заболевания лекарственная терапия может избирательно и локально устранять только аффективно «заряженную» систематику бреда. Далее после снятия аффекта возникает проблема сложившихся структурных бредовых образований [2]. При этом параноидная симптоматика не уменьшается, а даже становится резистентной в рамках продолжительных ремиссий. В ходе реабилитации возникают предпосылки для возникновения некоторой изолированности между проведенной диагностикой, фармакотерапией, психокоррекцией (что лишь расширяет диапазон внешних причин патогенного влияния).

Примерно в русле этой же проблематики экзогенного влияния на шизофренический процесс «...М. Bleuler приходит к выводу, что специального шизофренического стрессора не существует, но большие шизофренией могут давать особую реакцию на определенные *психосоциальные влияния* вследствие своего наследственного предрасположения к болезни» [3]. Однако если отсутствует специфический стрессор или не представляется возможным его экспериментально определить в среде, то разве не имеется предпосылка для того чтобы он, к примеру, не смог образоваться в самом процессе взаимодействия болезни и среды?

Скорее всего, болезненные взаимосвязи со средой могут воплощаться в жизни больного через любые гипотетически возможные повседневные события жизни (в то время как действительные стрессоры им «не распознаются»). В результате обычная размеренная жизнь рассматривается как враждебная и непредсказуемая, к тому же непонятная. Больной например, не волнуется, что у него нет интересной работы или не переживает из-за ухода значимого человека, но зато крайне болезненно реагирует, например, на «судьбоносные» мировые проблемы, совершенно от него не зависящие.

Подобная «смещенная» деятельность также обусловлена ценностными установками и наделена значимым опытом, который по возможности заполняет «экзистенциальную пустоту» [4]. В то же время такой опыт является своего рода неким «ложным инсайдом», который подменяет подлинное существование виртуальным. Процесс для самореализации в этом случае замыкается на отчужденных отношениях с миром. «Подлом» высших мотиваций и ценностных ожиданий происходит постепенно, в конечном итоге возникает то, что можно назвать онтологическим одиночеством или «вброшенностью-в-мир» [5].

#### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Рассмотрение шизофренического расстройства с точки зрения специфических нарушений в сфере адаптаций, предположительно взаимосвязанных с эмоционально-личностным ядром и патологией внутреннего мотивационного (интринсивного) комплекса. Интринсивная мотивация типично рассматривается как значимая и представляет собой желание к вовлечению в деятельность (в широком ее понимании) [6].

#### **ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Сбор экспериментальных данных, с помощью которых можно проанализировать определенную ситуацию средового влияния, в ходе которой возможно проследить связь между возникающими действительными стрессорами в жизни больного и несостоятельностью его адаптивных возможностей в психическом состоянии. В этом случае высокая проницаемость защитных ресурсов гипотетически может упускать из вида незначительные события на положении стрессоров, провоцируя тем самым «ложный» дистресс. В результате такая психологическая система защит деконструирует значительные события, «не опознавая» их как стрессовые.

В качестве объективно значимой стрессовой ситуации рассматривалась собственно госпитализация в психиатрический стационар, которых у больных шизофренией, как правило, имеется более одной (что еще более усиливает ситуацию переживаемого стресса). Напряжение адаптационных ресурсов у испытуемых в норме должно соответствовать некоторому полезному уровню эмоциональных и защитных колебаний, которых в рамках рассматриваемой гипотезы как раз не должно быть при шизофреническом расстройстве. В связи с чем естественные компенсаторные механизмы, продуцируемые в напряженной среде, не образуются в должной мере. Процесс неотреагированных защит в данном случае подвергается дополнительному неконструктивному усложнению в рамках неосуществленной борьбы мотивов и не воплотившихся экзистенциальных «рефлексов».

В этом случае несостоявшиеся реакции регрессии, отрицания или компенсации и другие МПЗ, как и описывает А. Вид, формируются в некую ненужную многомерную модель бесконечно защищающегося поведения [7].

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в период 2016-2017 гг. на базе нескольких клинических отделений ГБУЗ НСО ГНКПБ № 3, занимающихся лечебно-реабилитационными мероприятиями эндогенных психических расстройств. Суммарную выборку составили 65 человек, из них 55 пациентов мужского пола, с манифестными и, как правило, повторными приступами шизофрении с установленными диагностическими шифрами по МКБ-10 (F20.0). Возраст испытуемых с диагнозом шизофрении варьировал от 25 до 40 лет (средний возраст  $31,5 \pm 5,6$  года). У 70% пациентов на момент исследования установлена группа инвалидности по психическому заболеванию.

Контрольную группу составили 10 человек с относительно устойчивым психотическим преморбидом. Все они имели нервно-психические, тревожные, а в отдельных случаях личностные расстройства, не достигающие до уровня выражено устойчивых дезадаптаций. Эту «экспертную» группу составили призывники в возрасте от 17 до 18 лет, направленные РВК для подтверждения или снятия диагностических критериев, не соответствующих требованиям о воинской обязанности и службе в армии. При отборе данной достаточно специфической контрольной группы из выборки были исключены пациенты, подозревавшиеся в симуляционных действиях или продукции выраженных аггравационных реакций.

В контрольной выборке сравнивались и обобщались данные в отношении больных шизофренией, при этом учитывали определенный госпитализацией полезный уровень объективного стрессового состояния, спровоцированный госпитализацией. Разница состояла лишь в том, что для здоровых – это первая госпитализация с диагностической целью для определения дальнейшей социализации, а для больных шизофренией – первая или повторная госпитализация, формирующая достаточно болезненную и соответственно искаженную внутреннюю картину болезни. В перечисленных случаях уровень стресса у пациентов должен протекать неодинаково, но со схожими перепадами напряжения адаптационных ресурсов, опираясь на вышеизложенную гипотезу.

У «несостоявшихся» на момент обследования призывников уровень стресса должен быть намного выше, чем у «постоянных» пациентов психиатрических отделений. В отношении больных шизофренией также учитывался ремиссионный этап, чтобы на момент исследования он совпадал

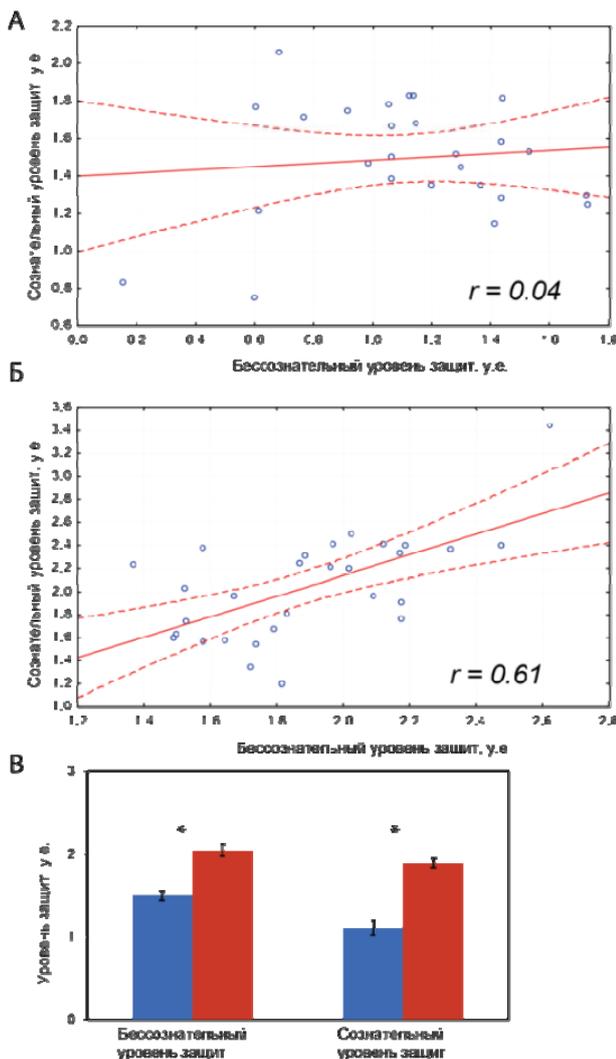
с фазой активной рефлексии и осмысления собственных возможностей (в прогнозах на будущие и настоящие события жизни). Эти и другие параметры критического отношения к действительности, которые порождали напряжение защитных реакций, сравнивались с помощью теста-опросника механизмов психологической защиты Индекс жизненного стиля (ИЖС).

В обследовании авторов интересовал основной критерий, характеризующий активность/инактивность адаптационных механизмов в качестве градации индекса напряженности. Индекс напряженности выбран как основная корреляция, указывающая на степень проницаемости/непроницаемости психологического адаптационного барьера в условиях объективно стрессовой ситуации. При слабом реагировании на объективные фрустрационные события показатель напряженности не должен превышать 50-60% (погрешность  $\geq 10\%$ ), так как он нестатический и может зависеть от ситуативного отношения, особенно при нестабильном мотиве к процессу исследования у больных шизофренией. Вместе с тем тенденция непродуктивной защитной организации у больных шизофренией может проследиваться не только по уровню общей напряженности, но и по степени противоположности, снижения или повышения векторности тех или иных защитных реакций. Поэтому были выделены дополнительные критерии так называемой ложной активности в виде выраженного несоответствия между конструктивными и неконструктивными защитами.

В процессе динамики исследования выбранная шкала напряженности психологических защит *в случае шизофренического типа адаптации* предположительно должна указывать на относительно статичный профиль общей напряженности и одновременно на непродуктивно-динамический (непропорционально изменяемый) профиль отдельных защитных паттернов.

Контрольная выборка *психически здоровых лиц* должна отражать устойчиво-динамическую сложившуюся адаптационную структуру, где повышенный или пониженный уровень общей напряженности коррелирует с относительно равномерной динамикой отдельных защитных реакций.

При обработке полученных данных по корреляции индексов нервно-психической напряженности и отдельных защитных образований использовались непараметрические методы (критерий Манна-Уитни и коэффициент Спирмена). Сравнивались две независимые выборки: пациенты с шизофренией и психически здоровые, находившиеся в одинаковых стрессовых обстоятельствах (факт госпитализация в психиатрический стационар использовался в данном случае в качестве критерия естественного стрессора).



На рисунках А, Б и В показана связь функционирования сознательного и бессознательного уровней защит у пациентов в основной выборке с проницаемой степенью защитных тенденций (рис. А) и непроницаемой степенью защитных тенденций (рис. Б) по критерию непроницаемости адаптационного барьера (рис. А, Б). По осям абсцисс и ординат представлены суммарные значения по трем психологическим коррелятам: 1) оценка сознательного вытеснения стрессоров (с помощью рационализации, компенсации, гиперкомпенсации), 2) оценка бессознательного вытеснения (с помощью регрессии, проекции и отрицания). Для оценки корреляции этих параметров использовали непараметрический критерий Спирмана. Для условного разделения выборки на «прошедших» и «непрошедших» тест проницаемости адаптационного барьера выбрали значение теста, равное 0,5 (рис. В).

В диаграмме представлены средние суммарные значения по трем психологическим коррелятам, использованные для оценки сознательного (рационализация, компенсация, гиперкомпенса-

ция) и бессознательного (регрессия, проекция, отрицание) уровней защит. Данные представлены в виде: среднее значение  $\pm$  стандартная ошибка. Достоверность отличий двух средних определяли по непараметрическому критерию Манна–Уитни ( $p < 0,05$ ).

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

В ходе исследования были получены данные, характеризующие тенденцию как к снижению индекса активности, так и к его повышению. Причем в относительно равной степени и несколько иной степени обобщенности, как предположительно и ожидалось. Однако сработали отдельные корреляции по дополнительным тенденциям, указывающим на снижение активности регрессивных форм поведения с одновременным усилением степени рационализации. В данном случае имела место тенденция поляризации неосознанных и осознанных защит, причем в некоторых случаях неосознанный уровень оказался обособленным от осознанного с нулевыми показателями.

В группе здоровых не было выявлено значительно обособленных (изолированных) друг от друга иррациональных и рациональных установок. В результате аффективной охваченности личности пациента вследствие переживаемого психического дискомфорта не возникало механизированного отчуждения между когнитивной и эмоционально-волевой сферами.

Более выраженные тенденции снижения защитно-компенсаторного потенциала обнаружены в группе больных шизофренией с полярными результатами по регрессивным и рациональным проявлениям защитных ресурсов. При этом порядок повышения индекса напряженности регламентировал бессознательные защитные стимулы. С другой стороны, повышение индекса по осознанному реагированию в качестве «свободно плавающей» рационализации не указывало на их продуктивность. Разумеется, в определенной мере у больных шизофренией на разной стадии мог уже сформироваться эмоционально-волевой дефект, провоцирующий не столько адаптационную инактивность, сколько слабую произвольную деятельность. Происходящее снижение аффективно-эмоциональной компоненты лишь факультативно указывало на то, что больные шизофренией ничего не чувствуют или ничего не хотят. Например, авторы, исследующие эмоциональную и социальную дефицитарность при шизофрении, практически не наблюдают физиологических нарушений в проявлении эмоциональных процессов, за исключением недостаточного «эксплицитного реагирования». Следовательно, внутренние имплицитные эмоции могут быть достаточно интенсивными и неунифицированными шизофреническим процессом [8].

В связи с вышеизложенным можно гипотетически предположить, что повышение уровня осознания без полноценно переживаемого эмоционального опыта у больных шизофренией не повышает потенциал адаптационных механизмов. В ситуациях, обусловленных бредовыми или онейроидными переживаниями, адаптационные механизмы, сохраняя целостность, перерабатывают уже ирреальные события. В этом случае подлинные чувства и желания вытесняются «ложной рефлексией», а смещение на психотический уровень взаимодействия между больным и окружающим миром должно постоянно подкрепляться каким-либо потрясением и провокацией без существенной их связи с действительностью.

Сделан вывод, что «проницаемость» защитного реагирования у больных шизофренией может быть низкой в ситуации объективно стрессовых событий. В то время как при незначительном стрессе система адаптации у них реагирует должным образом на «ложные стрессоры», повышая тем самым и нервно-психическое напряжение. Также у больных шизофренией достаточно отчетливо проявилась тенденция отчужденности между осознанными и неосознанными защитами. В то время как у здоровых лиц критерий разобщения рациональных и бессознательных защитных установок был менее диссоциированным.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В итоге специфика разобщенности отдельных осознанных и неосознанных защитных паттернов у больных шизофренией не позволяет им выработать целостную психологическую адаптацию (особенно при угнетении эмоционально-волевой сферы в совокупности с патогномичными нарушениями мотивации). Амотивационные нарушения, в свою очередь, предположительно могут коррелировать с вектором отчужденности осознанных и неосознанных психологических защит (например, с опорой или только на регрессивно-проективный полюс адаптации или только на рациональный). В этой связи декомпенсация адаптивных возможностей достигает таких масштабов, что адаптация к реальности воспринимается больным шизофренией традиционно враждебно, и лишь в рамках болезни она значима, так как заряжена его идентичностью, Любой личностный (как и сверхличностный) порыв в этом случае оказывается тотально несостоятельным и невоплощенным.

#### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов, связанных с публикацией материалов данной статьи.

#### ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование не имело спонсорской или иной финансовой поддержки.

#### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О., Шейнина Н.С., Зайцев В.В. Аристова Т.А., Бурковский Г.В., Бутома Б.Г., Чумаченко А.А. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. СПб.: Изд-во Гиппократ, 2004. 336 с. Kotyubinsky AP, Skorik AI, Aksenova IO, Sheinina NS, Zaitsev VV Aristova TA, Burkovsky GV, Butoma BG, Chumachenko AA. Schizophrenia: vulnerability - diathesis - stress - illness. St. Petersburg: Hippocrates Publishing House, 2004:336 (in Russian).
2. Овчинников А.А., Жданок Д.Н. Диагностические подходы к оценке дефицита социальных коммуникаций при параноидной шизофрении. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013; 1 (76). С. 86-89. Ovchinnikov AA, Zhdanok DN. Diagnostic approaches to social communication deficit in paranoid schizophrenia. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2013;1(76):86-89 (in Russian).
3. Bleuler M, Bleuler R. Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien: Eugen Bleuler. Br J Psychiatry. 1986 Nov;149:661-2. doi: 10.1192/bjp.149.5.661
4. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: пер. с англ. и нем. / общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева; вступ. статья Д.А. Леонтьева. М.: Изд-во Прогресс, 1990. 368 с. Frankl V. Man in search of meaning: Collection: translation from English and German / General edition by L.Ya. Gozman and D.A. Leontyev; introductory article by D.A. Leontyev. Moscow: Progress Publishing House, 1990:368 (in Russian).
5. Хайдеггер М. Цолликоновские семинары. Протоколы – Беседы – Письма. Издано М. Боссом. Вильнюс : Европейский государственный университет, 2012. 406 с. Heidegger M. Zollikon seminars. Minutes - Conversations - Letters. Published by M. Boss. Vilnius: European State University, 2012.406 (in Russian).
6. Фурсов Б.Б. Проблема мотивации и её нарушений при шизофрении. Социальная и клиническая психиатрия. 2012; 22(4). С. 91-100. Fursov BV. On motivation and motivation problems in schizophrenia. Social and Clinical Psychiatry. 2012;22(4):91-100 (in Russian).
7. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. Издание 3-е, переработанное и дополненное. М. : Питер, 2008. 512 с. Vid VD. Psychotherapy for schizophrenia. 3rd edition, revised and enlarged. Moscow: Publishing House Piter, 2008:512 (in Russian).
8. Алфимова М.В., Мельникова Т.С. Психофизиология эмоциональных реакций при шизофрении. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. 112 (1). С. 106-113. Alfimova MV, Melnikova TS. Psychophysiology of emotional reactions in schizophrenia. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2012. 112(1):106-113 (in Russian).

Поступила в редакцию 15.12.2020

Утверждена к печати 03.03.2021

Овчинников Анатолий Александрович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии НГМУ, психиатр, нарколог, психотерапевт высшей категории. SPIN-code 2228-5923. Author ID 705354.

Лобастов Роман Леонидович – преподаватель кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии НГМУ.

✉ Овчинников Анатолий Александрович, anat1958@mail.ru

✉ Лобастов Роман Леонидович, r-zsk@yandex.ru

UDC 616.895.8-055.1/.3:616.89-008.428.12:159.9.019.4:331.101.262:355.211.1

For citation: Ovchinnikov A.A., Lobastov R.L. Deformations of psychological adaptive resources in terms of amotivational and existential incompetence in schizophrenia. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2021; 1 (110): 65–70. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-65-70](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-65-70)

## Deformations of psychological adaptive resources in terms of amotivational and existential incompetence in schizophrenia

**Ovchinnikov A.A., Lobastov R.L.**

*Novosibirsk State Medical University*

*Krasnyy Avenue 52, 630091, Novosibirsk, Russian Federation*

### ABSTRACT

**Objective:** to study the schizophrenic disorder from the viewpoint of specific disturbances in the domain of adaptations, which are presumably interrelated with the emotional-personality core and the pathology of the internal motivational (intrinsic) complex. **Tasks:** to collect experimental data, with the help of which it is possible to analyze a certain situation of environmental influence, reflecting the association between the actual stress factors that arise in the life of a patient with schizophrenia and the failure of adaptive abilities in his/her psyche. **Material and Methods.** Based on the wards of the psychiatric hospital, 65 individuals (55 of them were men) aged 25 to 40 years, with manifest and recurrent episodes of schizophrenia (F20.0) were treated in 2016-2017. 70% of the examined had a disability group. The control group included 10 conscripts aged 17-18 years, with a relatively stable psychotic premorbid. The controls were examined by the referral of the district military registration and enlistment office. In addition to the main clinical-psychopathological method, the Life Style Index (LSI) questionnaire was used. Data processing was carried out using the nonparametric methods: the Mann-Whitney test (U) and Spearman's coefficient (r). **Conclusion.** The specificity of the disunity of conscious and unconscious defense patterns in patients with schizophrenia does not allow them to develop the universal psychological adaptation. Amotivational disturbances can presumably correlate with the vector of alienation of conscious and unconscious psychological defenses (for example, based only on the regressive-projective pole of adaptation or only on the rational one). In this regard, the decompensation of adaptive abilities reaches such sizes that adaptation to reality is perceived by the patient with schizophrenia as traditionally hostile, and is significant only within the framework of the disease, as it is charged with his/her identity. Any individual (and even super-individual) impulse turns out to be completely incompetent and non-implemented.

**Keywords:** schizophrenia, system of adaptations, lower and higher motivations, environmental interaction, stress factors, “false stress factors”, “existential coordinates”, tension of psychological defenses, capacity of psychological defenses, disturbance of compensatory properties of the existence.

Received December 15.2020

Accepted March 03.2021

Ovchinnikov Anatoly A. – MD, Prof, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Novosibirsk State Medical University, psychiatrist, addiction specialist, psychotherapist of the highest category, Novosibirsk, Russian Federation. SPIN-code 2228-5923. Author ID 705354.

Lobastov Roman L. – lecturer of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation.

✉ Ovchinnikov Anatoly A., anat1958@mail.ru

✉ Lobastov Roman L., r-zsk@yandex.ru

УДК 616.89-008:616-036.21(470+571)(100)-044.372:77.026.6:159.9.072.3

Для цитирования: Стоянова И.Я., Иванова А.А., Смирнова Н.С., Лебедева В.Ф., Руденко Л.С., Магденко О.В., Бохан Н.А. Психические нарушения, развивающиеся в кризисно-экстремальной ситуации пандемии коронавируса: актуальная проблематика и особенности психолого-психотерапевтического консультирования. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2021; 1 (110): 71–77. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-71-77](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-71-77)

## **Психические нарушения, развивающиеся в кризисно-экстремальной ситуации пандемии коронавируса: актуальная проблематика и особенности психолого-психотерапевтического консультирования**

**Стоянова И.Я.<sup>1,2</sup>, Иванова А.А.<sup>1</sup>, Смирнова Н.С.<sup>1</sup>,  
Лебедева В.Ф.<sup>1</sup>, Руденко Л.С.<sup>2,3</sup>, Магденко О.В.<sup>4</sup>, Бохан Н.А.<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup> НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук  
Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

<sup>2</sup> ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет»  
Россия, 634050, Томск, пр. Ленина, 36

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России  
Россия, 634050, Томск, Московский тракт, 2

<sup>4</sup> *zigmund.online* сервис онлайн-психотерапии  
Россия, Новосибирск

### **РЕЗЮМЕ**

В статье представлен анализ экстремальной ситуации, обусловленной пандемией коронавируса, и обсуждаются психологические факторы, связанные с рисками нарушения психического здоровья. Рассмотрена проблематика трудностей и переживаний людей, обращающихся за психологической помощью (на примере работы «Горячей линии» Телефона Доверия, в которой участвовали специалисты НИИ психического здоровья). Показаны возможности дистанционной психологической работы, включая экстренную психологическую помощь (Телефон Доверия) и онлайн-консультирование. Рассмотрены динамика обращений к психологу, возможная опасность нарушений психического здоровья, широкий комплекс психологических проблем, затрудняющих нормальную жизнедеятельность.

**Ключевые слова:** экстремальная ситуация, пандемия коронавируса, депривация, психологические проблемы, дистанционное психолого-психотерапевтическое консультирование.

### **ВВЕДЕНИЕ**

Жизнедеятельность человека в условиях пандемии значительно расширила понятие экстремальности и угрозы причинения вреда здоровью. Коронавирусная инфекция способствовала возникновению чрезвычайной ситуации, унося жизни родных и друзей и создавая переживания собственной незащищенности, снижая психологическое, экономическое и социальное благополучие людей, проживающих на разных географических территориях. Рассматривая данные пандемические условия как экстремальные, необходимо выделить их специфику как фактора психогенного воздействия, фактора риска нарушения психического здоровья, а также выявить возможные ресурсы приспособления к новым условиям существования.

Одним из таких резервных потенциалов является дистанционное психолого-психотерапевтическое консультирование. К этому виду психологической помощи все чаще прибегают люди, испытывающие потребность справиться с накопившимися психологическими проблемами в условиях вынужденной самоизоляции.

Рассматривая проявления экстремальности, исследователи отмечают, что необходимо различать понятия «ситуация» и «условия». Экстремальные ситуации характеризуются эпизодическим, непостоянным воздействием экстремальных стресс-факторов, а экстремальные условия – в случаях их постоянного и длительного воздействия – предельным или близким к избыточным проявлениям внутреннего напряжения, которое испытывает человек [1, 2].

Вероятность снижения успеха, срыва действий, наступления нежелательных последствий в экстремальных ситуациях весьма велика [3]. При этом экстремальность нельзя рассматривать в отрыве от самого человека, его жизнедеятельности и его отношения к тому или иному негативному событию, а также без учета характеристик интенсивности и длительности воздействия экстремальных факторов психогенного риска [6].

На данный момент человечество переживает невероятные события, ранее практически не происходящие и поэтому совсем не изученные. События, связанные с пандемией коронавируса, охватившие весь мир, внесли серьёзные коррективы в жизнедеятельность многих людей. Настоящая экстремальная ситуация уникальна, никогда ещё человечество не переживало в таких масштабах ограничения, связанные с самоизоляцией.

Исследователи феномена изоляции сходятся во мнении, что ограничение социальных контактов приводит к различным видам деприваций: сенсорной, эмоциональной, социальной, информационной, двигательной. Психологическое содержание изоляции заключается в обособлении человека или группы людей (групповая изоляция) от привычных условий жизни и общения с другими людьми [7]. Человек социален по своей природе, и вся его жизнь, все потребности и их удовлетворение напрямую связано с людьми. А значит, лишаясь этого социального взаимодействия, человек утрачивает возможность удовлетворять потребность в отношениях принадлежности к группе, что способствует депривации и усилению рисков нарушения психического здоровья.

Й. Лангмейер и З. Матейчек определяют депривацию как психическое состояние, возникшее в результате жизненных ситуаций, в которых субъекту не предоставляется возможностей для удовлетворения его основных социальных потребностей в достаточной мере в течение продолжительного времени [4]. В качестве ведущих потребностей авторы выделяют необходимость в различных по модальности стимулах, в условиях для развития и обучения, социальных связях и общественной самореализации.

В отечественных экспериментальных исследованиях [1, 5] установлено негативное влияние сенсорной депривации на психическое состояние человека. В результате ограничения количества и разнообразия стимулов у человека проявляются нарушения целенаправленного мышления, расстройство ориентации во времени, физические иллюзии и обманы, галлюцинации, бредовые идеи, тревога и страх, потребность в активности, скука, нарушения внимания [8]. При этом отмечается, что на переживание сенсорной депривации влияют индивидуальные особенности личности.

Под когнитивной депривацией понимается дефицит информации, её хаотичность и изменчивость, препятствующие построению адекватной модели действительности, а следовательно, функционированию в ней. Последствием дефицита информации может быть скука, а также построение ложных выводов относительно окружающих людей и событий.

Изучение последствий эмоциональной депривации (Р. Шпитц, Дж. Боулби) свидетельствует о том, что отсутствие близких эмоциональных контактов на различных этапах развития человека негативно сказывается на состоянии психического здоровья. Дефицит эмоциональных контактов вызывает нарушение психотических функций, а также невозможность формирования адекватных отношений с окружающими людьми. Длительное отсутствие эмоциональных переживаний может приводить к депрессии, апатии, различным фобиям [3, 8].

В литературе выделяют несколько видов социальной изоляции: вынужденная, принудительная, добровольная и т.п. В случае с пандемией присутствуют все эти варианты, приводя к противоречиям в общественное сознание. В результате длительной социальной изоляции осложняется контроль над сознательными, целенаправленными действиями. Человек, пребывая в социуме, для благополучного существования среди людей, постоянно корректирует своё поведение под влиянием общественного одобрения или порицания. Оставаясь надолго один, он лишается этой социальной оценки и теряет целевые ориентиры в своей деятельности [5].

Групповая социальная изоляция также имеет негативные последствия для психики человека. Исследования людей, находящихся в изоляте, выявляют нарастание количества межличностных конфликтов, усиление раздражительности, неадекватную оценку событий.

В. Франкл, описывая собственные переживания и аффективные эмоции от заключения в концлагере, отмечает стадии этих экстремальных условий: шок поступления, типичные изменения характера, когда человек становится узником, освобождение из заключения [10]. На первой стадии человек переживает интенсивные негативные эмоции страха, ужаса, паники. Вторая стадия характеризуется ощущением апатии, дисфории и агрессии, когда все мысли человека обращены к базовым потребностям и их удовлетворению, происходит привыкание к стрессовым условиям. На стадии освобождения срабатывает психологическая защита отрицания. Как отмечает выдающийся экзистенциалист, по окончании экстремальной ситуации «люди должны заново учиться радоваться жизни» [10].

Современная экстремальная ситуация способствует комплексу негативных переживаний. К накопившимся проблемам, существовавшим до пандемии, добавились переживания и неконтролируемый страх смерти от фатального исхода. Привычная жизнь многих людей разрушилась внезапно и в одночасье, обострив психологические проблемы смысла жизни, и человек стремится приспособиться к новым условиям, новой реальности, обратившись к возможностям психологической помощи, получаемой дистанционно [9].

В структуре тревоги по поводу коронавируса исследователи выделяют два аспекта: страх заражения и тревога по поводу негативных последствий. Страх последствий пандемии характерен для каждого третьего в выборке из 409 человек, не зависит от пола и возраста и является переживанием, мешающим привычной деятельности [11].

### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Рассмотрение и анализ динамики психических нарушений, спровоцированных воздействием экстремальной ситуации коронавируса, на основе опыта психолого-психотерапевтической коррекции по снижению проявлений психопатологической симптоматики в экстремальной ситуации сотрудниками НИИ психического здоровья ТНИМЦ.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ**

Понимая необходимость оказания экстренной психологической помощи и используя опыт психолого-психотерапевтической работы в разных экстремальных ситуациях, сотрудниками НИИ психического здоровья ТНИМЦ была организована «Горячая линия» Телефона Доверия, на которой, последовательно сменяя друг друга, оказывали консультативную помощь медицинские психологи. В течение 8 месяцев проведено около 600 консультаций.

Рассматривая динамику обращений за психологической помощью, можно отметить, что наибольшее количество звонков ( $n=116$ ) поступило в первые 3 недели режима самоизоляции (апрель – первая неделя мая): 32 обращения – в первую неделю и по 42 – во вторую и третью недели. Большая часть телефонных запросов в первую очередь была обусловлена введением самого режима самоизоляции, во-вторых, недостатком достоверной информации о новой коронавирусной инфекции. Анализ запросов позволил установить основную направленность актуальных волнующих проблем: избыточная тревога и беспокойство за своё здоровье и здоровье близких, психоэмоциональный дискомфорт, мучительные мысли о возможном неблагополучии, беспокойство по поводу будущего в связи со снижением доходов, эмоциональным напряжением, связанным с невозможностью встречаться с родственниками и близкими людьми.

Определена возрастная-половая структура обратившихся жителей Томска: преимущественно (80% от общего числа обратившихся) это были звонки от людей зрелого возраста 29-55 лет. На лиц молодого возраста до 25 лет приходилась минимальная доля обращений – около 5%. Большинство из них были студенты из ближнего и дальнего зарубежья, оказавшиеся вдали от дома и родителей. Пожилые люди составили 15%. Основная тематика обращений сводилась к проблеме одиночества и сокращения до минимума контактов в результате вынужденной социальной изоляции. Среди обратившихся на телефон психологической поддержки преобладали женщины (78% женщин против 22% мужчин).

В течение 4-й, 5-й и 6-й недель (май – 59 звонков) в жалобах, помимо тревоги, отмечалось нарастание напряжения и чувства собственной неполноценности. Эмоциональное истощение усиливалось в связи с беспокойством по поводу финансового положения, часто звучали жалобы на усталость от изоляции. В связи с ощущением отверженности от мира появились нарушения пищевого поведения и, соответственно, обращения по поводу излишнего набора веса, усиления аппетита и избыточного потребления пищи – преобладали (84%) звонки от женщин в возрасте от 23 до 79 лет. Проблема одиночества и неустойчивость эмоционального состояния среди ранее уже обращавшихся за психиатрической помощью пожилых женщин усилила у них ощущение безнадежности и беспомощности, утратив критику, они звонили почти ежедневно. Основной целью их обращений было желание выговориться и быть услышанным, почувствовать интерес специалиста к своим проблемам. В этот период зарегистрировано от 47% до 53% запросов от клиентов, которые ранее обращались за помощью к психиатрам, психотерапевтам и психологам и отмечали обострение психического состояния, спровоцированное сложившейся ситуацией самоизоляции, что расценивалось нами как дисфункциональное последствие кризисной ситуации.

В июне выявлена тенденция к снижению числа ( $n=60$ ) обращений, вместе с тем отмечалось расширение спектра проблем в связи с ограничением социального взаимодействия и коммуникаций. Наряду с жалобами на раздражительность, тревогу и психоэмоциональное напряжение добавились жалобы по поводу дискомфорта в системе семейных отношений, усиления межличностных конфликтов между родственниками. Кроме того, в мае – июне из-за актуализации проблемы алкоголизма родственников повысилось количество обращений по теме получения информации о возможности госпитализации в учреждение наркологического профиля.

В июле – августе примерно в 2,5 раза уменьшилось количество телефонных обращений (46 звонков за 2 месяца) по сравнению с предыдущими весенними месяцами. Вероятно, это частично объясняется ослаблением мер самоизоляции, а также возможностью находиться всей семьей на дачных участках, где отдых, свежий воздух, прогулки по лесу и купание в реке, т.е. спокойное времяпровождение способствовало стабилизации психического состояния. В эти месяцы преобладали звонки от пожилых людей, особенно женщин, проживающих в социальном вакууме одиночества, с жалобами на чувство своей ненужности и неполноценности. Суть этих часть обращений заключалась в получении информации о возможности госпитализации в клинику НИИ психического здоровья.

В первую неделю сентября зафиксирован повторный рост числа обращений по сравнению с летним периодом. Более чем в половине случаев (65%) они носили информационный характер, главный их смысл сводился к возможности получения психиатрической помощи и госпитализации в стационар. 25% звонков от постоянных клиентов и 10% обращений новых клиентов были причинно обусловлены второй волной пандемии, продолжением режима повышенной готовности, что порождало обеспокоенность, приступы панических атак, симптомы тревоги и депрессии.

В процессе оказания экстренной психолого-психотерапевтической помощи с учётом предъявляемой проблематики в связи со снижением уровня психического здоровья психологами НИИ психического здоровья применялись два основных направления консультативной работы.

1. Информационно-разъяснительное – освещение и популяризация знаний о реагировании и психическом состоянии в ситуации стресса; последующая психологическая коррекция, ориентированная на мобилизацию защитного потенциала, с использованием приемов и методов рациональной, когнитивно-поведенческой, системной семейной психотерапии и гештальттерапии.

2. Мотивационно-регулятивное направление на основе дифференцированного личностно-ориентированного подхода – работа над формированием мотивации и установки на регулирование адаптивных поведенческих копинг-стратегий с целью конструктивного разрешения проблем, определение позитивных аспектов в кризисной ситуации социальной изоляции. При наличии выраженных нарушений психического здоровья, неадекватности психоэмоционального реагирования, дезактивности в сфере деятельности и межличностных отношениях, снижении социальной компетентности осуществлялось психологическое мотивирование человека на госпитализацию.

Следует отметить, что современные информационные технологии также являются техническим ресурсом, позволяющим дистанционно проводить исследования по изучению психического здоровья населения и оказывать психолого-коррекционную помощь людям, находящимся в самоизоляции. В условиях дефицита сенсорных стимулов электронные устройства (компьютеры, смартфоны, телевизоры) способны в какой-то степени компенсировать естественные источники ощущений, присутствующие в обычной жизни. Широкие возможности онлайн-коммуникаций дают шанс не выпадать из социального контекста и продолжать общение с людьми. В изменившихся условиях пандемии и социальной изоляции многие сферы информационных, образовательных и консультативных услуг перешли в режим онлайн-реальности, в том числе и специалисты в области психического здоровья.

С целью выявления возможных факторов риска нарушения психического здоровья, определяемых наличием психоэмоционального напряжения и связанных с переживанием трудностей адаптивного периода к ограничительным условиям, проведен добровольный анонимный интернет-опрос жителей Томска. В качестве основного психодиагностического метода применялась анкета, включающая два блока: социально-демографические данные и вопросы о трудностях и о потенциальных внутренних ресурсах. Психоэмоциональные проявления изучались с помощью стандартизованной методики Самочувствие, активность, настроение (САН) (Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Шарай В.Б., Мирошников М.П., 1973). Инструкция к методике САН предъявлялась в традиционной форме, предложенной авторами. Интерпретация результатов выполнялась с применением методов описательной статистики. Изучались средние значения и индивидуальный разброс показателей.

В выборке исследования (n=183) по половой представленности преобладали женщины (168 против 15 мужчин). Средний возраст респондентов составил 30,03 года. Большинство (82,5%) из них имеют высшее образование, ученую степень – 3,3%, среднее профессиональное образование – 3,8%, 10,4% – среднее образование. Распределение по семейному положению показало, что большинство (51,4%) состоят в браке, в разводе – 6,5%, проживают с родителями – 15,3%, живут отдельно и самостоятельно – 26,8%. Профессиональный состав представлен сферами здравоохранения, науки и преподавания, предоставления услуг, государственной службы, промышленности и строительства, индивидуального предпринимательства, а также ведением домашнего хозяйства и получением образования.

В целом зарегистрированные показатели по шкалам САН являются более высокими у женщин по сравнению с мужчинами, что свидетельствует об отсутствии выраженных нарушений психического здоровья. При этом показатели 19 женщин (11%) имеют низкие значения по шкалам САН, что свидетельствует о наличии проявлений, близких к субклиническим значениям и риску нарушений психического здоровья. Помимо того, у этих респонденток имелись проблемы с профессиональной занятостью и нарушения семейных отношений.

Невысокое число мужчин, принявших участие в исследовании, не позволило подробно проанализировать проявления у них психопатологической симптоматики, связанной с самоизоляцией. В группе мужчин отмечались трудности в образовательной сфере и семейных отношениях.

Качественный анализ показывает, что у респондентов с высокими показателями по шкалам САН более продумано и разнообразно организовано свободное время. Все сферы распределены равномерно и целесообразно: семья, близкое окружение и друзья, работа и хобби. Высокая потребность в активности подкрепляет потребность в активной деятельности, прогулках, физических нагрузках и тренировках, что в период самоизоляции является важной ресурсной составляющей сохранения психического здоровья и личностного благополучия. В то время как респонденты с низкими значениями по шкалам САН проводят свободное время довольно однообразно. Среди трудностей самоизоляции у них выявляются негативные переживания, апатия и тревога, страхи. Вместе с тем у участников опроса с показателями выше средних такие проявления отсутствуют. Полученные нами результаты проецировались на процесс персонализированного психолого-психотерапевтического консультирования.

В настоящее время расширен спектр видов психологической и психотерапевтической помощи на онлайн-платформах. Для того чтобы помочь нуждающимся научиться полноценно жить в новой реальности и справляться с тревожно-депрессивными и невротическими состояниями, создан российский сервис (<https://zigmund.online/>), в рамках которого работают профессиональные психологи. С апреля по август 2020 г. зафиксировано 2 267 обращений с запросом о психологической помощи и психотерапевтической коррекции. При этом в большинстве случаев клиенты заявляли о комплексе значимых проблем, нарушающих нормальную жизнедеятельность: нарушение режима трудовой занятости, дискомфортные условия деятельности, сокращение коммуникативных связей, сужение рамок жизненного пространства.

Обращения за оказанием психологической поддержки поступали на сайт онлайн-психотерапии как от жителей России, так и из стран ближнего и дальнего зарубежья (в основном от наших соотечественников, испытывающих потенциальные риски формирования психических нарушений в ситуации неопределённости в связи с вынужденной изоляцией и пребыванием вдали от родных мест и близких людей); в целом преобладали запросы российских граждан (81,4%).

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Таким образом, аналитическое исследование специфики экстремальной ситуации коронавирусной пандемии, проблематики обращений за психологической помощью и психотерапевтическим консультированием, оценки возможностей технологий дистанционного консультирования показал необходимость взаимодействия специалистов с клиентами на платформе онлайн с целью снижения рисков нарушения психического здоровья и сохранения физического и социального благополучия. Очевидно, что внедрение информационных технологий является результативным способом, который помогает в преодолении накопившихся проблем, порожденных условиями пандемии. Период самоизоляции может переживаться людьми совершенно по-разному. Настоящие условия для большинства российского населения связаны с отсутствием опыта существования в условиях глобальной инфекционной угрозы, непредсказуемостью сроков её окончания, необходимостью продолжающегося социального дистанцирования. С другой стороны, регламентированная государством и медицинскими требованиями, направленными на заботу о людях и сохранение здоровья, возможность комфортного существования в привычной среде, расширение доступа к дистанционным социальным контактам, профессиональное психологическое консультирование – всё это в совокупности снижает отрицательные последствия самоизоляции и способствует сохранению психического здоровья населения.

#### **КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ**

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов, связанных с публикацией материалов данной статьи.

#### **ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ**

Исследование не имело спонсорской или иной финансовой поддержки.

#### **ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES**

1. Алексеенкова Е.Г. Личность в условиях психической депривации: Учебное пособие. Санкт-Петербург: Изд-во Питер, 2009. 96 с. Alekseenkova EG. Personality in conditions of mental deprivation: Schoolbook. St. Petersburg: Piter Publishing House, 2009:96 (in Russian).

2. Ермасов Е.В. Психологический стресс в условиях изоляции. Развитие личности. 2009. № 2. С. 84-99. Ermasov EV. Psychological stress in the conditions of isolation. Personal Development. 2009; 2:84-99 (in Russian).
3. Ермасов Е.В. Типология переживания стресса в условиях изоляции. Развитие личности. 2011. № 1. С. 92-118. Ermasov EV. Typology of experiencing stress in isolation. Personal Development. 2011; 1:92-118 (in Russian).
4. Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. Прага: Изд-во Авиценум, 1984. 334 с. Langmeyer J, Matejchek Z. Mental deprivation in childhood. Prague: Avicenum Publishing House, 1984:334 (in Russian).
5. Лебедев В.И. Психология и психопатология одиночества и групповой изоляции. М.: Изд-во Юнити, 2002. 406 с. Lebedev VI. Psychology and psychopathology of loneliness and group isolation. Moscow: Unity Publishing House, 2002. 406 (in Russian).
6. Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности: Сб. науч. статей III Междунар. научно-практ. конф. / под ред. Р.В. Кадырова. Владивосток: Изд-во Морской гос. университет, 2014. 212 с. Personality in extremal conditions and crisis situations of life: Digest of scientific articles of the III International scientific-practical conference. R.V. Kadyrov, ed. Vladivostok: Maritime State University Publishing House, 2014:212 (in Russian).
7. Мещерякова Б.Г., Зинченко В.П. Большой психологический словарь. СПб.: Изд-во Прайм-Еврознак, 2004. 672 с. Meshcheryakova BG, Zinchenko VP. Big Psychological Dictionary. St. Petersburg: Prime-Evroznak Publishing House, 2004:672 (in Russian).
8. Первушина О.Н., Фёдоров А.А., Дорошева Е.А. Новые вызовы неопределенности: Сб. материалов Всерос. научно-практ. конф. Новосибирск: Изд-во Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, 2020. С. 71-74. Pervushina ON, Fedorov AA, Dorosheva EA. New Challenges of Uncertainty: Collection of Proceedings of the All-Russian Scientific and Practical Conference Novosibirsk: Novosibirsk National Research State University Publishing House, 2020:71-74 (in Russian).
9. Федосенко Е.В. Жизнь после карантина, психология смыслов и коронавирус COVID-19. Психологические проблемы смысла жизни и акме: Материалы XXV Междунар. симп. М.: Изд-во Психологический институт РАО, 2020. Т. XXV. С. 34-47. Fedosenko EV. Life after quarantine, the psychology of meanings and the coronavirus COVID-19. Psychological problems of the meaning of life and acme: Proceedings of the XXV International Symposium. Moscow: Publisher Psychological Institute of the Russian Academy of Education, 2020; XXV:34-47. doi: 10.24411/9999-042A-2020-00040 (in Russian).
10. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сб.: Пер. с англ. и нем. / общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева; вступ. Ст. Д.А. Леонтьева. М.: Изд-во Прогресс, 1990. 368 с. Frankl V. Man in search of meaning: Collection: Translation from English and German / general edition by LYa Gozman and DA Leontiev; introductory article by DA Leontyev. Moscow: Progress Publishing House, 1990:368 (in Russian).
11. Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Психологическое содержание тревоги и профилактики в ситуации инфодемии: защита от коронавируса или «порочный круг» тревоги? Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28, № 2. С. 70-89. Tkhostov ASH, Rasskazova EI. Psychological content of anxiety and prevention in an infodemic situation: protection against coronavirus or a "vicious circle" of anxiety? Counseling Psychology and Psychotherapy. 2020;28(2):70-89. doi:10.17759/cpp.2020280204 (in Russian).

Поступила в редакцию 24.12.2020  
Утверждена к печати 03.03.2021

Стоянова Ирина Яковлевна – д.п.н., профессор, ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья, профессор кафедры психотерапии и психологического консультирования факультета психологии ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет». SPIN-код 5048-1557 Author ID 154174 ResearcherID O-1358-2014 Scopus ID 57193702114 ORCID iD 0000-0003-2483-9604.

Иванова Алла Алимомедовна к.п.н., клинический психолог отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья. SPIN-код 5154-8592. Author ID 513493.

Лебедева Валентина Федоровна, д.м.н., главный врач клиники НИИ психического здоровья. SPIN-код 3509-4798. Author ID 560284. ORCID iD 0000-0001-9266-8291.

Смирнова Наталья Сергеевна – клинический психолог отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья.

Руденко Людмила Сергеевна – аспирант Национального исследовательского Томского государственного университета, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО СибГМУ.

Магденко Ольга Владиславовна – к.п.н., психолог-консультант zigmund.online сервис онлайн-психотерапии. SPIN-код 7087-2820. Author ID 1032637.

Бохан Николай Александрович, академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, руководитель отделения аддитивных состояний, директор НИИ психического здоровья, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. Author ID Scopus 6506895310. ORCID ID 0000-0002-1052-855X. ResearcherID P-1720-2014. Author ID РИНЦ 152392. SPIN-код РИНЦ 2419-1263.

✉ Стоянова Ирина Яковлевна, e-mail: Ithka1948@mail.ru

UDC 616.89-008:616-036.21(470+571)(100)-044.372:77.026.6:159.9.072.3

For citation: Stoyanova I.Ya., Ivanova A.A., Smirnova N.S., Lebedeva V.F., Rudenko L.S., Magdenko O.V., Bokhan N.A. Mental disorders developing in the crisis-extremal situation of the coronavirus pandemic: focal problems and features of psychological-psychotherapeutic counseling. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2021; 1 (110): 71–77. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-71-77](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-71-77)

## Mental disorders developing in the crisis-extremal situation of the coronavirus pandemic: focal problems and features of psychological-psychotherapeutic counseling

**Stoyanova I.Ya.<sup>1,2</sup>, Ivanova A.A.<sup>1</sup>, Smirnova N.S.<sup>1</sup>,  
Lebedeva V.F.<sup>1</sup>, Rudenko L.S.<sup>2,3</sup>, Magdenko O.V.<sup>4</sup>, Bokhan N.A.<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup> *Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences  
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation*

<sup>2</sup> *National Research Tomsk State University  
Lenin Avenue, 36, 634050, Tomsk, Russian Federation*

<sup>3</sup> *Siberian State Medical University  
Moscow tract 20, 634050, Tomsk, Russian Federation*

<sup>4</sup> *zigmund.online online psychotherapy service  
Novosibirsk, Russian Federation*

### ABSTRACT

The article presents an analysis of the extremal situation caused by the coronavirus pandemic and discusses the psychological factors associated with the risks of mental health problems. The problematics of difficulties and experiences of people seeking psychological support are considered (in terms of the work of the hot-line, in which specialists from Mental Health Research Institute participated). Possibilities of remote psychological work are shown, including emergency psychological support (hot-line) and online counseling. The dynamics of referrals to a psychologist, the possible danger of mental health problems, a wide range of psychological problems that complicate habitual life are considered.

**Keywords:** extremal situation, coronavirus pandemic, deprivation, psychological problems, remote psychological-psychotherapeutic counseling.

Received December 24.2020

Accepted March 03.2021

Stoyanova Irina Ya. – MD, Prof, lead researcher of Affective State Department of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia, professor of the Psychotherapy and Psychological Counseling Chair of the Faculty of Psychology of National Research Tomsk State University, Tomsk, Russian Federation. SPIN-code 5048-1557. Author ID 154174. ResearcherID O-1358-2014. Scopus ID 57193702114. ORCID iD 0000-0003-2483-9604.

Ivanova Alla A. – PhD, clinical psychologist of Borderline States Department of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. SPIN-code 5154-8592, Author ID 513493.

Lebedeva Valentina F. – MD, chief physician of clinic of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. SPIN-code 3509-4798, Author ID 560284, ORCID iD 0000-0001-9266-8291.

Smirnova Natalia S. – clinical psychologist of Affective States Department of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Rudenko Lyudmila S. – postgraduate student of National Research Tomsk State University, assistant of the Chair of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Magdenko Olga V. – PhD, psychologist-counselor, Novosibirsk, Russian Federation. SPIN-code 7087-2820, Author ID 1032637.

Bokhan Nikolay A., academician of RAS, MD, Professor, Honored Scientist of the Russian Federation, Head of Addictive States Department, director of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences; Head of the Department of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychotherapy, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation. Author ID Scopus 6506895310. ORCID ID 0000-0002-1052-855X. Researcher ID P-1720-2014. Author ID RSCI 152392. SPIN-код RSCI 2419-1263.

✉ Stoyanova Irina Ya., e-mail: Ithka1948@mail.ru

# ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.895.4:616.89-008.441.44-053.6(571.6)(510)

Для цитирования: Логинов И.П., Солодкая Е.В., Савин С.З. Психопатологические проявления и особенности течения депрессивных расстройств в подростковом возрасте: транскультуральные клинические наблюдения. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2021; 1 (110): 78–84. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-78-84](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-78-84)

## Психопатологические проявления и особенности течения депрессивных расстройств в подростковом возрасте: транскультуральные клинические наблюдения

**Логинов И.П.<sup>1</sup>, Солодкая Е.В.<sup>1</sup>, Савин С.З.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России  
Россия, 680000, Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный университет»  
Россия, 680035, Хабаровск, ул. Тихоокеанская, 136

### РЕЗЮМЕ

**Введение.** Актуальность проблемы депрессивных расстройств, проявляющихся в подростковом возрасте, определяется их высокой распространенностью, трудностью распознавания аффективной патологии на ранних стадиях заболевания и высоким суицидальным риском. **Цель:** выявление и систематизация в рамках полифакториальной концепции клинических, социальных и личностных психологических триггеров, способствующих формированию депрессивных расстройств у подростков. **Методы:** клиничко-психопатологический, клиничко-психологический (с использованием анкеты-интервью, включая данные анамнеза), клиничко-динамический, экспериментально-психологический, социально-психологический, метод наблюдения, метод обратного перевода. В основу методологического подхода положен принцип этносоциокультуральной детерминированности возникновения и клинического течения депрессивных расстройств с учетом их особенностей в различных национальных культурах. **Результаты.** Выявлены клинические варианты депрессивного синдрома на примере двух клинических наблюдений (18-летняя девушка и 19-летний юноша, средний возраст – 18,5±0,5 года). Установлено, что на формирование депрессивной симптоматики патопластическое и патогенетическое влияние оказывали два основных фактора – неблагоприятный психологический микроклимат в семье и деструктивный тип воспитания. Пациентам были выставлены клинические диагнозы: расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция. **Заключение.** Два клинических наблюдения подростковых депрессивных расстройств, проведенные в России (Хабаровск) и Китае (Харбин), показали, что в анамнезе обследуемых подростков имеет место наследственная отягощенность психическими расстройствами у близких родственников. Значимая роль в формировании депрессивных состояний принадлежит испытываемым подростками негативным факторам – длительному психологическому дискомфорту и неудовлетворенности в связи с неблагоприятной атмосферой в семье, а также этническому типу воспитания.

**Ключевые слова:** депрессивные расстройства, проявления подростковой депрессии, мотивы суицидального поведения у подростков, этнокультуральная парадигма, сравнительное транскультуральное исследование (Россия и Китай), описание и анализ клинических случаев.

### ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы депрессивных расстройств (ДР), проявляющихся начиная с подросткового возраста, определяется их высокой распространенностью, трудностью распознавания этой патологии на ранних стадиях заболевания и высоким суицидальным риском [1, 4, 6, 8, 12]. По эпидемиологическим данным, распространенность ДР среди населения в возрасте 15-19 лет

колеблется от 8% до 20% и составляет свыше 50% от общего числа случаев психических расстройств среди подростков и молодежи, причем пик самоубийств приходится на возрастную группу 15-25 лет [3, 12, 15, 17]. Исследования показывают, что аффективная патология представляет собой гетерогенную группу расстройств, и их диагностика и лечение всё еще являются трудной клинической задачей [2, 11, 14, 17, 19].

В то же время имеющиеся научные труды, посвященные проблеме ДР в подростковом контингенте, указывают на значительный клинический полиморфизм и атипичность этих состояний [4, 7, 8]. Выявлены конкретные варианты депрессивного синдрома, в формировании клинической картины которого особую роль авторы отводят патопластическому и патогенетическому влиянию возрастного фактора. Некоторые исследователи [9, 13, 15] при изучении депрессивной симптоматики у лиц подросткового и юношеского возрастов ограничиваются сосредоточением внимания на так называемых объективных методах (шкалах, опросниках), игнорируя в ряде случаев психодиагностический и психопатологический методы и клинично-нозологическую оценку болезни в целом. Вместе с тем отечественным исследователям, использующим в основном методы клинического и психопатологического анализа, не хватает общесогласованной интегративности, так как они не применяют надлежащие методики размерности, а также обходят вниманием корреляцию психопатологических данных с генетическими параметрами [7, 19]. В то время как в большинстве исследований приводится обоснование целесообразности изучения с позиций биопсихосоциальной модели психобиологических (в частности психогенетических) особенностей подросткового возраста, определяющих пубертатную фазу созревания, с целью последующего решения терапевтических проблем, поскольку их недооценка приводит к просчетам при построении стратегии психотерапии и психосоциореабилитации этой группы пациентов [2, 7, 9, 12, 17, 19].

#### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление и систематизация в рамках полифакториальной концепции клинических, социальных и личностных психологических триггеров, способствующих формированию депрессивных расстройств у подростков.

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В качестве основных методов обследования использовались клинично-психопатологический [9, 11, 13], клинично-психологический (с использованием анкеты-интервью, включая данные анамнеза) [10, 13], клинично-динамический [14, 15, 16], экспериментально-психологический [17, 18, 19, 20], социально-психологический, метод наблюдения и метод обратного перевода [1, 3]. Основу исследования составляли клинические дефиниции и диагностические критерии МКБ-10 и DSM-IV. Дополнительно применялись формализованные карты исследования, адаптированные для российской и китайской популяций: шкалы депрессии (HDRS-17) и тревоги (HARS) Гамильтона, предназначенные для количественной оценки психопатологического статуса пациентов [3, 10].

Динамика депрессивного расстройства отслеживалась на основе интерпретации результатов редуции показателей соответствующих субшкал [16, 18]. Крайне важным моментом являлся сбор информации во время бесед с родственниками подростков, от которых можно было получить объективные сведения о развитии субклинических и клинических психических проявлений. Клинично-социальный метод использовался для оценки выявления факторов риска в макро- и микросоциальной сферах жизнедеятельности подростков. При этом к макросоциальным факторам относились социальные условия, непосредственно обусловленные социально-экономической и политической структурой государства. Микросоциальные факторы включали близкое окружение подростка (в том числе условия проживания в семье), отношения в школьном коллективе, разнообразных неформальных группах и объединениях. В основу комплексного методологического подхода положена концепция этносоциокультуральной детерминированности возникновения и клинической картины депрессивных расстройств с учетом их особенностей в различных национальных культурах [1, 3, 5, 8, 9, 14].

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

В результате обсервационного наблюдения описаны клинические варианты депрессивного синдрома на примере двух больных – 18 лет женского пола и 19 лет мужского пола (средний возраст  $18,5 \pm 0,5$  года). Приводим далее дескриптивные результаты наблюдений.

**Клинический пример № 1.** Больная Е., 18 лет, была доставлена в психиатрическую больницу из дома после суицидальной попытки.

*Анамнез жизни:* родилась в Хабаровске вторым ребенком из двух детей, в семье служащих. Воспитывалась родителями в полной семье. Наследственность психопатологически отягощена у родственников, суицидов в семье не отмечено. Сведениями о течении беременности и родах матери не располагает. Ранее развитие без особенностей. Несколько лет назад мать погибла, отец повторно состоит в гражданском браке. Проживает во второй семье отца. В школу пошла с 7 лет, училась посредственно, классы не дублировала, нарушений поведения и игнорирования школьных и домашних обязанностей не наблюдалось. По окончании 11 классов нигде не работает и не учится, живет за счет отца. Не замужем, детей нет. Черепно-мозговые травмы, пароксизмальные реакции, нейроинфекций в анамнезе отсутствуют. Вирусный гепатит, венерические заболевания, туберкулез отрицает. Гемотрансфузии не проводились. Аллергических реакций не отмечалось. Курит с 14 лет, периодически алкоголизировалась. Сообщила о двукратном приеме наркотиков (инъекционно), так как было «любопытно», хотелось самой понять «какой в этом интерес»).

*Анамнез заболевания:* в течение последнего года неоднократно предпринимала различные суицидальные попытки – резала вены, угрожала отравиться, пыталась повеситься. К психиатрам не обращалась. Состояния возбуждения и суицидальные тенденции возникают на фоне конфликтных отношений с отцом из-за нежелания и отказа работать или продолжать обучение. Кроме того, познакомилась и последние несколько месяцев встречается с парнем, употребляющим опиаты, отец об этом знает и категорически запрещает поддерживать отношения «с этим наркоманом».

Накануне госпитализации произошел очередной конфликт с отцом, утратив сдержанность, он угрожал отправить её жить к бабушке в другой город. Всю ночь проплакала, не могла успокоиться, утром продолжала высказывать суицидальные намерения. Нынешнее ухудшение психического состояния отмечает в течение последних 3 месяцев. Стала чувствовать себя грустной и подавленной («никому не нужна и не интересна»). Не могла заставить себя заниматься обычными повседневными делами: «Не хочу ничего делать, только лежать, хотя вроде и силы есть». Стала часто просыпаться (в 4-5 часов утра) и «пока никто не мешает» с тревогой представляла «мрачные перспективы». После этого стала размышлять о наиболее безболезненных способах самоубийства, хотя «всерьез к этому не относилась» и «думала об этом на всякий случай». Совершила суицидальную попытку – порезала вены на предплечье, рана ушита в травмпункте. Так как пациентка продолжала оставаться крайне подавленной и не критичной к своему состоянию, была переведена в психиатрическую больницу, где был поставлен диагноз: расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция, суицидальная попытка.

*Анализ наблюдения:* на основании психологического обследования отмечены следующие результаты: шкала депрессии Гамильтона – 15 баллов (умеренная депрессивная симптоматика), шкала тревоги Гамильтона – 20 баллов (умеренная тревожная симптоматика). Заключение психолога: состояние психологической дезадаптации с депрессией, тревожностью и суицидальными мыслями на фоне конфликта с отцом. Психосоциальный статус: нарушение отношений в родительской семье (смерть матери), отсутствие поддержки со стороны отца.

Впервые суицидальные мысли возникли остро, спонтанно на фоне психотравмирующей ситуации и спровоцировали импульсивную суицидальную попытку. Во второй раз суицидальная настроенность обостряется на фоне депрессии, вызванной хронической психической травмой, что способствовало переходу суицидальных мыслей на уровень реализации суицидальных намерений. Тяжесть тревожно-депрессивной симптоматики пациентки подтверждена данными психометрического исследования с использованием шкалы Гамильтона (HARS). Клинический диагноз: расстройство адаптации, тревожно-депрессивная реакция.

**Клинический пример № 2.** Больной БКР, 19 лет. Поступил в Первый специальный госпиталь (Харбин) после суицидальной попытки.

*Анамнез жизни:* отягощенный семейный анамнез по психическим расстройствам. Со слов матери, её дальняя родственница страдает психическим расстройством, родной отец пациента злоупотреблял курением конопли, проходил стационарное лечение в Первом специальном госпитале (Харбин) анонимно много лет назад. Родился в семье рабочих, проживавших в г. Хэган провинции Хэйлунцзян. Является единственным ребенком в семье. Раннее развитие без особенностей, в психофизическом развитии не отставал, постоянно находился под родительской опекой. Учебу в школе начал в 7-летнем возрасте, учился хорошо, не прикладывая особых усилий, однако особого стремления достичь успехов в учебе и инициативности не проявлял. Был общительным, подвижным, имел много друзей, в отношениях со сверстниками был повышенно эмоциональным, но быстро отходчивым. К новой обстановке привыкал быстро, без затруднений заводил новые знакомства, поддерживал товарищеские отношения со сверстниками. Вне учебы старался помогать родителям по хозяйству, занимался спортом. Закончил начальную школу (6 лет), затем неполную среднюю и среднюю (по 3 года). В 19-летнем возрасте поступил на факультет иностранных языков педагогического института, где изучает английский и русский языки. Учится на хорошо и отлично. К вредным привычкам (алкоголь, наркотики) относится отрицательно. Нейроинфекций не было. Вирусный гепатит, венерические заболевания, туберкулез отрицает. Гемотрансфузии не проводились. Аллергических реакций не отмечалось.

*Анамнез заболевания:* психическое состояние, со слов матери, изменилось с октября 2013 г., когда стал подвергаться обидным насмешкам, унижению, угрозам, преследованиям со стороны одноклассников, преимущественно девочек. Эмоциональная агрессия перешла в физическое насилие – избивали, пинали ногами. Со слов пациента, нейтрально относившиеся к нему одноклассники не защищали, возможно даже поощряли такие действия. Стал подавленным, отстраненным, задумчивым, высказывал мысли о нежелании жить. Ранее совершал суицидальные действия – пытался отравиться таблетками. После того как в очередной раз подвергся угрозам и унижению, совершил повторную суицидальную попытку – принял большое количество неизвестных таблеток, пытался резать вены. Мать вызвала скорую помощь, промыли желудок на дому. Не был госпитализирован в стационар, куда родственники обратились в порядке скорой помощи, была рекомендована консультация психотерапевта. Настроение оставалось сниженным, чувствовал беспомощность и апатию ко всему. После уговоров матери обратился за психиатрической помощью, после информированного согласия был госпитализирован.

*Анализ наблюдения:* состояние в отделении оставалось удовлетворительным. Первое время настроение было неустойчивым, переживал из-за госпитализации, постепенно эмоциональное состояние выравнивалось, чувствовал себя «нормальным». Вместе с тем суицидальные попытки формально расценивал как демонстративные, относился к ним со слабой критикой. В беседе с врачом отвечал односложно, был зажат. В своих суждениях опирался на мнение матери, что связано с многолетним контролирующим с гиперопекой воспитанием в семье.

Было проведено психологическое обследование. По данным психометрической диагностики получены следующие количественные показатели: шкала депрессии Гамильтона – 16 баллов (умеренная депрессивная симптоматика), шкала тревоги Гамильтона – 18 баллов (умеренная тревожная симптоматика). Заключение психолога: состояние психологической дезадаптации с депрессией, тревожностью, суицидальными мыслями на фоне конфликта с сокурсниками. Психосоциальный статус: нарушение отношений в родительской семье (развод родителей), отсутствие опоры и поддержки отца. Клинический диагноз: расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция.

#### **ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ**

Параллельные наблюдения проведены в России (Хабаровск) и Китае (Харбин) по идентичным методикам. В анамнезе обоих подростков выявлено наличие случаев психических расстройств у родственников. Это подтверждает теорию о том, что депрессивные расстройства генетически детерминированы [7, 19]. В клинической структуре ДР у подростков обнаружены сниженное настроение, утомляемость даже от низких нагрузок, утрата работоспособности, безразличие к прежним интересам и увлечениям и сниженная самооценка. Причем симптомы сниженной работоспособности и утомляемости более характерны для представителя азиатского этноса, а проявления ангедонии (отсутствие интересов и увлечений) – для славянского. В клиническом наблюдении у девушки-россиянки, как в целом у славян, суицидальные тенденции не зависели от тяжести депрессивных нарушений, суицидальная попытка обусловлена неадекватным типом личностного реагирования, спровоцированного употреблением алкоголя и семейными конфликтами [1, 3]. Долгое пребывание в конфликтной ситуации служит фактором развития аутоагрессивного поведения, в том числе и суицидального. Стрессовая ситуация у респондента из азиатского этноса вызвала аутично-депрессивную реакцию. Формирование этой психической патологии зависит от сочетания субъективной значимости психотравмирующей ситуации, тяжести заболевания, продолжительности и степени предрасположенности подростка к развитию депрессии. В формировании клинической картины ДР патопластическое и патогенетическое влияние оказывали дестабилизирующий психологический микроклимат в семье и тип воспитания [3, 14].

Исследование в динамике психического статуса в Китае не принято, поэтому сравнительный клинико-динамический анализ депрессивной симптоматики не проводился. Более того, в отличие от России в КНР отсутствует система диспансерного психиатрического наблюдения [5] и врач-психиатр не принимает участие в профилактических медицинских осмотрах детей и подростков в общеобразовательных учреждениях [4]. В то же время в КНР людей с отклонениями в физическом и психическом здоровье обычно стараются не только не отделять от процесса социального взаимодействия, но и делают всё возможное для их полноценного функционирования и социализации в обществе [21]. Это особенно важно для детей и подростков, страдающих психическими расстройствами.

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Клинико-психопатологическая структура подростковых депрессий зависит от этнокультуральных, личностно-психологических и социальных факторов риска и характеризуется следующим. Для российских подростков возрастной группы 15-19 лет характерна тенденция к формированию кратковременных и пролонгированных депрессивных реакций. В то время как у китайских подростков того же возраста более типичным является развитие депрессивного эпизода тяжелой степени без психотических симптомов.

Результаты собственного исследования показали преобладание у испытуемых тревожно-депрессивной симптоматики в форме диагностированного расстройства адаптации. Аффективные расстройства представляют собой гетерогенную группу, а механизмы их развития – комплексное нарушение функциональной активности системы нейроморальной регуляции, поддерживающей процессы жизнедеятельности. Необходимо дальнейшее изучение патогенеза аффективной патологии с учетом нарушений основных нейроморальных параметров при ДР и их корреляции с клинико-динамическими характеристиками, а также динамических изменений основных нейроморальных факторов при антидепрессивной терапии с целью её оптимизации. При этом значимая роль в формировании депрессивных состояний у детей и подростков принадлежит психологическому микроклимату в семье и типам этнокультурального воспитания.

Культуральным нормам Китая соответствует гиперпротекция, а российские подростки, воспитание которых проходило по типу гипопротекции, чаще пребывают в состоянии перманентного конфликта, что способствует развитию хронической психотравмирующей ситуации и суицидоопасного поведения. Изучение такого контингента дает возможность выявить клинические, личностно-психологические и социальные факторы риска для разработки превентивных мероприятий.

Недостаточная психопрофилактическая помощь населению, низкая информированность по вопросам психопрофилактики и психогигиены способствуют утяжелению и хронизации психической патологии, что указывает на важную роль превентивного выявления, ранней диагностики и оказания своевременной помощи в снижении частоты депрессивных расстройств и подростковых суцидов.

#### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Отсутствуют потенциальные и явные конфликты интересов авторов, связанные с публикацией материалов данной статьи.

#### ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19-013-00018.

#### СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование соответствует этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинкской декларацией ВМА. Субъекты исследований дали письменное информированное согласие в соответствии с Хельсинкской декларацией, подтвержденное протоколом заседания этического комитета Хабаровской краевой психиатрической больницы (протокол № 7/1/19 от 3.11.2018 г.) и Первого специализированного госпиталя Харбина (протокол № 18 от 14.01.2021)

#### БЛАГОДАРНОСТИ

Авторы благодарны Сунпэй Чжану, способствовавшему сбору материала для публикации.

#### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Логинов И.П., Савин С.З., Солодкая Е.В. Сравнительный анализ распространения депрессивных расстройств у подростков России и КНР. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019. Т. 19, 3. С. 4-12. Loginov IP, Savin SZ, Solodkaya EV. Comparative analysis of the prevalence of depressive disorders in adolescents in Russia and China. *Mental Health Issues for Children and Adolescents*. 2019;19(3):4-12 (in Russian).
2. Логинов И.П., Савин С.З., Солодкая Е.В., Богданов Н.А., Сунпэй Чжан. Превентивное выявление депрессивных расстройств у подростков. Дальневосточный медицинский журнал. 2019. Т. 2: 36-39. Loginov IP, Savin SZ, Solodkaya EV, Bogdanov NA, Songpei Zhang. Preventive detection of depressive disorders in adolescents. *Far Eastern Medical Journal*. 2019;2:36-39. doi: 10.35177/1994-5191-2019-2-36-39 (in Russian).
3. Логинов И.П., Солодкая Е.В., Савин С.З., Сунпэй Чжан, Ксиджин Ван, Юлю Лиу Фенгуй Ю. Трансграничное исследование ситуации психического здоровья среди подростков. Дальневосточный медицинский журнал. 2015. Т. 1. С. 37-40. Loginov IP, Solodkaya EV, Savin SZ, Songpei Zhang, Xijin Wang, Yulu Liu Fengui Yu. Cross-border study of the mental health situation among adolescents *Far Eastern Medical Journal*. 2015;1:37-40 (in Russian).
4. Логинов И.П., Солодкая Е.В., Чжан С., Ван К., Лиу Ю., Ю Ф., Ян Л., Джан Ж. Психическое здоровье подростков Харбина (КНР). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. № 3 (88). С. 76-79. Loginov IP, Solodkaya EV, Zhang Congpei, Liu Yulu, Yu Fengyu, Yang Liying, Jiang Zhe. Mental health of adolescents from Harbin. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2015;3(88):76-79 (in Russian).
5. Логинов И.П., Солодкая Е.В., Савин С.З. Современные представления об этнических особенностях непсихотических депрессивных расстройствах в подростковом возрасте (транскультуральное исследование). *Международный научно-исследовательский журнал*. 2017. Т. 4-3 (58). С. 162-165. Loginov IP, Solodkaya EV, Savin SZ. Modern ideas about ethnic characteristics of non-psychotic depressive disorders in adolescence (transcultural study). *International Research Journal*. 2017;4-3(58): 162-165 (in Russian).
6. Панченко Е.А., Положий Б.С. Суицидальная ситуация среди детей и подростков в России. *Российский психиатрический журнал*. 2012. № 1. С. 52-56. Panchenko EA, Polozhy BS. Suicidal situation among children and adolescents in Russia. *Russian Psychiatric Journal*. 2012;1:52-56 (in Russian).
7. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения. *Суицидология*. 2015. Т. 6, № 1 (18). С. 3-8. Polozhy BS. Conceptual model of suicidal behavior. *Suicidology*. 2015;6,1(18):3-8 (in Russian).
8. Callear AL, Christensen H, Freeman A, Fenton K, Busby Grant J, van Spijker B, Donker T. A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016 May;25(5):467-82. doi: 10.1007/s00787-015-0783-4
9. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition. American Psychiatric Association (APA) DSM-library. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
10. Jones K.D. The Unstructured Clinical Interview. *J Counselling & Development*. 2010;88:220-226. DOI: 10.1002 / j.1556-6678.2010.tb00013.x
11. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960 Feb;23(1):56-62. doi: 10.1136/jnnp.23.1.56
12. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:119-38. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409
13. van Loo HM, de Jonge P, Romeijn JW, Kessler RC, Schoevers RA. Data-driven subtypes of major depressive disorder: a systematic review. *BMC Med*. 2012 Dec 4;10:156. doi: 10.1186/1741-7015-10-156

14. O'Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, Gaynes BN. Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Ann Intern Med.* 2009 Dec 1;151(11):793-803. doi: 10.7326/0003-4819-151-11-200912010-00007
15. Rohan KJ, Rough JN, Evans M, Ho SY, Meyerhoff J, Roberts LM, Vacek PM. A protocol for the Hamilton Rating Scale for Depression: Item scoring rules, Rater training, and outcome accuracy with data on its application in a clinical trial. *J Affect Disord.* 2016 Aug;200:111-8. doi: 10.1016/j.jad.2016.01.051
16. Spitzer R.L., Williams J.B., Gibbon M., First M.B. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, research version. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 2002: 10.
17. World Health Organization Mortality Database. World Health Organization. Available from: [https://www.who.int/healthinfo/mortality\\_data](https://www.who.int/healthinfo/mortality_data) (31. 01.2021)
18. Williams JB, Gibbon M, First MB, Spitzer RL, Davies M, Borus J, Howes MJ, Kane J, Pope HG Jr, Rounsaville B, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1992 Aug;49(8):630-6. doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820080038006
19. Woodberry KA, Shapiro DI, Bryant C, Seidman LJ. Progress and Future Directions in Research on the Psychosis Prodrome: A Review for Clinicians. *Harv Rev Psychiatry.* 2016 Mar-Apr;24(2):87-103. doi: 10.1097/HRP.000000000000109
20. Zimmerman M, Martinez JH, Young D, Chelminski I, Dalrymple K. Severity classification on the Hamilton Depression Rating Scale. *J Affect Disord.* 2013 Sep 5;150(2):384-8. doi: 10.1016/j.jad.2013.04.028
21. <http://study.feloo.com/mind/zhuanti/zisha/175528.html> [текст на китайском языке]

Поступила в редакцию 24.12.2020  
Утверждена к печати 03.03.2021

Логинов Игорь Павлович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет». SPIN-code: 2527-3028, AuthorID: 605711

Солодкая Евгения Валерьевна, ассистент кафедры психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет». SPIN-code: 6057-1950, AuthorID: 793988

Савин Сергей Зиновьевич, кандидат технических наук, Тихоокеанский государственный университет. SPIN-code: 8241-1541, AuthorID: 100847

✉ Солодкая Евгения Валерьевна, [solodkaya@nm.ru](mailto:solodkaya@nm.ru)

UDC 616.895.4:616.89-008.441.44-053.6(571.6)(510)

For citation: Loginov I.P., Solodkaya E.V., Savin S.Z. Psychopathological manifestations and features of the course of depressive disorders in adolescents: transcultural clinical observations. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2021; 1 (110): 78–84. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-78-84](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-78-84)

## Psychopathological manifestations and features of the course of depressive disorders in adolescents: transcultural clinical observations

**Loginov I.P.<sup>1</sup>, Solodkaya E.V.<sup>1</sup>, Savin S.Z.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Far Eastern State Medical University  
Muravyev-Amursky Street 35, 680000, Khabarovsk, Russian Federation

<sup>2</sup> Pacific State University  
Pacific Street 136, 680035, Khabarovsk, Russian Federation

### ABSTRACT

**Introduction.** The relevance of the problem of depressive disorders manifesting in adolescents is determined by their high prevalence, difficulty to recognize this pathology at the early stages of the disease, and high suicidal risk. **Objective of the study:** to identify and systematize within the framework of the multifactor concept the clinical, social and personal psychopathological triggers that contribute to formation of depressive disorders in adolescents. Methods: clinical-psychopathological, clinical-psychological (using an interview questionnaire, including anamnesis data), clinical-dynamic, experimental-psychological, sociopsychological, observation method, method of back translation. The methodological approach was based on the principle of ethno-social-cultural determinism of the emergence and clinical course of depressive disorders, taking into account their characteristics in various national cultures. **Results.** Clinical variants of depressive syndrome were identified using the example of two clinical observations (an 18-year-old girl and a 19-year-old boy, mean age  $18.5 \pm 0.5$  years). It was found that the formation of depressive symptoms of pathoplastic and pathogenetic influence was exerted by two main factors - an unfavorable psychological microclimate in the family and a destructive type of upbringing. The patients were diagnosed with adjustment disorder, mixed anxiety and depressive reactions. **Conclusion.** Two clinical observations of adolescent depressive disorders, carried out in Russia (Khabarovsk) and China (Harbin), showed that in the anamnesis of the examined adolescents, there was a family history of mental disorders in close relatives. A significant role in the formation of depressive states belonged to negative factors experienced by adolescents – long-term psychological discomfort and dissatisfaction in connection with the unfavorable atmosphere in the family, as well as the ethnic type of upbringing.

**Keywords:** depressive disorders, manifestations of adolescent depression, motives of suicidal behavior in adolescents, ethnocultural paradigm, comparative transcultural study (Russia and China), description and analysis of clinical cases.

Received December 24.2020

Accepted March 03.2021

Loginov Igor P., MD, Head of the Department of Psychiatry and Narcology, Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russian Federation. SPIN-code: 2527-3028, AuthorID: 605711

Solodkaya Evgenia V., Assistant, Department of Psychiatry and Narcology, Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russian Federation. SPIN-code: 6057-1950, AuthorID: 793988

Savin Sergey Z., Candidate of Technical Sciences, Pacific State University, Khabarovsk, Russian Federation. SPIN-code: 8241-1541, AuthorID: 100847

✉ Solodkaya Evgenia V., [solodkaya@nm.ru](mailto:solodkaya@nm.ru)

# НЕКРОЛОГИ



8 января 2021 года после тяжелой болезни ушел из жизни доктор психологических наук, профессор кафедры психологии и социальной работы Института гуманитарных наук Балтийского федерального университета им. Иммануила Канта, член-корреспондент Российской академии образования, действительный член Международной академии психологических наук, Международной академии социальных и педагогических наук, член-корреспондент Общественной академии Киргизии, автор концепции фиксированных форм поведения, главный редактор «Сибирского психологического журнала» Национального исследовательского Томского государственного университета

## Генрих Владиславович Залевский

Генрих Владиславович Залевский родился 1 января 1938 г. в городке Бар Винницкой области. Сам Генрих Владиславович, вспоминая прошлое, связывал свои «психологические университеты» с неувыдающим интересом к жизни в самых разнообразных её формах, происходящее воспринимал с оптимизмом и позитивно, всегда жил в ногу со временем и своей эпохой. После окончания в 1966 г. факультета иностранных языков Иркутского госпединститута им. Хо Ши Мина был назначен ассистентом кафедры педагогики и психологии этого же института. В 1967-1971 гг. проходил двухгодичную стажировку по психологии и закончил аспирантуру на кафедре психологии МГПИ им. В.И. Ленина (Москва) под руководством профессора А.В. Петровского. В 1982 г. по рекомендации академика А.В. Снежневского и приглашению Томского научного Центра СО АМН СССР Генрих Владиславович переехал в Томск, где организовал и возглавил лабораторию медицинской психологии НИИ психического здоровья СО ТНЦ АМН СССР (с 1991 г. – РАМН). Этот период можно считать отправной точкой отсчета создания широко известной сейчас томской, а впоследствии и сибирской школы научной клинической психологии.

В Томске под руководством Г.В. Залевского развивались актуальные идеи и заложены основы новейших направлений в психологии, здесь им были подготовлены первые научные кадры кандидатов и докторов наук по специальности «Медицинская психология».

В 1993 г. Генрих Владиславович возглавил Институт образования Сибири, Дальнего Востока и Севера РАО. Одновременно заведовал кафедрой общей и прикладной психологии ТГПУ. В 1999 г. ему было присвоено звание профессора и возложено руководство кафедрой генетической и клинической психологии факультета психологии Томского государственного университета. На базе ТГУ был открыт диссертационный совет по психологии под председательством Генриха Владиславовича. С 1996 г. стал издаваться «Сибирский психологический журнал», публикующий оригинальные статьи по психологии, его основателем и бессменным главным редактором являлся Г.В. Залевский.

Генрих Владиславович – участник многих международных научных форумов, на которых он блестяще представил более 100 докладов в Японии, Китае, Монголии, Канаде, Мексике, Германии, Египте, Эстонии, Швеции. Автор более 400 статей и 18 книг, в том числе и в зарубежных изданиях. Под его руководством было защищено 49 кандидатских и 15 докторских диссертаций.

Генрих Владиславович являлся воплощением образа истинного Профессора. Выступая автором и преподавателем учебных курсов «Введение в клиническую психологию», «Современные проблемы клинической психологии», «Методологические проблемы психологии», «Психологическая супервизия», «Введение в профессию», он запомнился своим ученикам как неисчерпаемый источник знаний и жизнелюбия.

Г.В. Залевский внес значительный вклад в повышение качества образования, совершенствование методов обучения и воспитания, продуктивного использования новых образовательных технологий. За заслуги в отечественной психологии был награжден медалью Томского государственного университета «За заслуги перед ТГУ», юбилейной медалью «400 лет городу Томску», нагрудным знаком Министерства образования и науки «За развитие научно-исследовательской работы студентов», серебряной медалью Томского государственного университета «В благодарность за вклад в развитие ТГУ», золотой медалью Президиума РАО «За вклад в развитие науки», почетной грамотой Международной академии психологических наук, дипломом Международной академии психологических наук «Лучший психолог России–2015», почетной грамотой Президиума Российского психологического общества «За вклад в развитие психологической науки и практики».

Накопленный человеческий и профессиональный опыт, всесторонняя интеллектуальная эрудиция, знание языков, почти весь мир, увиденный своими глазами, мастерство рассказчика. Генрих Владиславович Залевский всегда был и будет для нас источником вдохновения, примером яркой и насыщенной жизни, многогранности и человечности, открытости, доброты, оптимистичности, любви к жизни во всех ее проявлениях. Он всегда был готов понять и прийти на помощь. Научная и образовательная деятельность, которой Генрих Владиславович посвятил свою жизнь, обрела в нем целостность, полноту, устремленность к сути каждого изучаемого вопроса. Его отношение к психологии продолжает развиваться в трудах его учеников.

Редколлегия СВПН выражает сочувствие и искренние соболезнования семье и близким.







