

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 1810-3111 (Print)

ISSN 2587-6716 (Online)

СВГН

СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

**SIBERIAN HERALD OF PSYCHIATRY
AND ADDICTION PSYCHIATRY**

SHRAP

Биологические исследования

Детско-подростковая психиатрия

Клиническая наркология

Психофармакотерапия

Психотерапия

Медицинская психология

Эпилептология

2022. № 2 (115)

СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Научно-практический журнал

Выходит 4 раза в год

2022. № 2 (115)

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. Алифиров	Томск, Россия
академик РАН Л.И. Афтанас	Новосибирск, Россия
академик РАО Э.В. Галажинский	Томск, Россия
член-корр. РАН Н.Н. Иванец	Москва, Россия
член-корр. РАН З.И. Кекелидзе	Москва, Россия
профессор А.О. Кибитов	Москва, Россия
член-корр. РАН М.А. Кинкулькина	Москва, 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. Счастный	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. Крупницкий	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. Селедцов	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.

Федеральная служба по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (выписка из реестра зарегистрированных средств массовой информации по состоянию на 11.02.2022 г.):

Регистрационный номер и дата принятия решения о регистрации: серия ПИ № ФС77-82733 от 10 февраля 2022 г.

Статус средства массовой информации: Действующее

Наименование (название) средства массовой информации: Сибирский вестник психиатрии и наркологии

Язык(и): русский, английский

Адрес редакции: 634014, Томская обл., г. Томск, ул. Алеутская, 4, НИИ психического здоровья

Примерная тематика и (или) специализация: Образовательное СМИ. Научные статьи по психиатрии и наркологии

Форма периодического распространения (вид – для периодического печатного издания): Периодическое печатное издание, журнал

Территория распространения: Российская Федерация, зарубежные страны

Учредитель (соучредители): Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» (ОГРН 1027000861568)

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».

Подписной индекс Почты России: ПН059

Редакция журнала: Ответственный секретарь к.м.н. О.Э. Перчаткина.

Выпускающий редактор И.А. Зеленская

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

Web-сайт института: tomskinstitute.mental-health.ru

Web-сайт журнала: svpin.org

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

Подписано в печать 25.08.2022 г. Формат 60x84_{1/8}. Печать офсетная.

Бумага мелованная. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 12,75; усл.-печ. л. 11,86; уч.-изд. л. 11,31. Тираж 500 экз. Заказ № 299.

Цена договорная. Дата выхода в свет 30.08.2022

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

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

SIBERIAN HERALD OF PSYCHIATRY AND ADDICTION PSYCHIATRY

Scientific-practical journal

Four issues per year

2022 . No . 2 (115)

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
Corresponding member of RAS Z.I. Kekelidze	Moscow, Russia
Prof. A.O. Kibitov	Moscow, Russia
Corresponding member of RAS M.A. Kinkul'kina	Moscow, Russia
Prof. V.N. Krasnov	Moscow, Russia
Prof. I.E. Kupriyanova	Tomsk, Russia
Prof. A.I. Mandel	Tomsk, Russia
Prof. N.G. Neznanov	St. 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.

Federal Service for Supervision of Communications, Information Technology and Mass Media (extract from the register of registered mass media as of February 11, 2022):

Registration number and date of the decision on registration: *series PI No. ΦC77-82733 dated February 10, 2022.*

Media Status: *Active*

Name (title) of the mass media: *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*

Language(s): *Russian, English*

Editorial office address: *Mental Health Research Institute, Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation*

Approximate subject and (or) specialization: *Educational media. Scientific articles on psychiatry and addiction psychiatry*

Form of periodic distribution (type - for a periodical printed edition): *Periodical printed edition, journal*

Distribution area: *Russian Federation, foreign countries*

Founder (co-founders): *Federal State Budgetary Scientific Institution "Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences" (OGRN 1027000861568)*

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".

Russian Post Subscription Index: *ИИ059*

Editorial staff: Responsible secretary PhD O.E. Perchatkina.

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: tomskinstitut.mental-health.ru

Production editor I.A. Zelenskaya

Website of the journal: svpin.org

Master layout: I.A. Zelenskaya.

Translation: S.V. Vladimirova

Signed to press August 25, 2022. Format 60x84¹/₈. Offset printing.

Coated paper. Font "Times New Roman".

Printer's sheets 12,75; conventional printer's sheets 11,86; published sheets 11,31. Circulation 500 copies. Order no 299.

Negotiated price. Date of publication August 20, 2022

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

Telephones: +7 (3822) 22-33-93, +7 (913) 889-59-96, +7 (382) 264-47-49.

E-mail: exlibres@list.ru

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Никитина В.Б., Белокрылова М.Ф., Рудницкий В.А., Ветлугина Т.П., Лобачева О.А., Казенных Т.В., Перчаткина О.Э., Лебедева В.Ф. (Томск) Показатели врожденного иммунитета – особенности диагностики тревожных расстройств у женщин	5
---	---

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

Никитина С.Г., Коваль-Зайцев А.А., Балакирева Е.Е., Шушпанова О.В., Блинова Т.Е., Куликов А.В. (Москва) Разнообразие и общность клинко-патопсихологических проявлений аутизма и шизофрении в детском возрасте	16
Раева Т.В., Леонова А.В. (Тюмень) Объективные критерии диагностики индивидуальных особенностей психического онтогенеза детей раннего возраста с задержкой речевого развития	25
Лазо Ю.В., Клинова М.А., Сахаров А.В. (Чита) Этнокультуральные особенности формирования и клинического течения умственной отсталости у детей старшего дошкольного возраста, проживающих на территории Забайкальского края	31

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

Розин А.И., Кисель Н.И., Гусев С.И. (Томск, Кемерово) Немедикаментозные методы терапии алкогольной зависимости у женщин с коморбидными аффективными расстройствами	39
Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю. (Томск, Санкт-Петербург) Реабилитация в аддиктивных психотерапевтических сообществах психически больных с коморбидным злоупотреблением синтетическими каннабиноидами	48

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Зайцева О.Г., Александрова Л.А. (Краснодар) Сравнительная эффективность антидепрессивной терапии генерализованного тревожного расстройства в зависимости от ведущего симптомокомплекса	57
Бокша И.С., Шешенин В.С., Савушкина О.К., Терешкина Е.Б., Прохорова Т.А., Почуева В.В., Воробьева Е.А., Бурбаева Г.Ш. (Москва) Биохимические аспекты применения дополнительной фармакотерапии при лечении психозов позднего возраста	64

ПСИХОТЕРАПИЯ

Кожевникова Т.А., Костарев В.В. (Красноярск) Психотерапия в оздоровительной профилактике и коррекции расстройств приспособительных реакций у спортсменов	76
---	----

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Султанова А.Н., Наров М.Ю., Тагильцева Е.В., Филоненко Е.В., Овчинников А.А., Станкевич А.С. (Новосибирск) Особенности психологического реагирования медицинских работников психиатрического стационара на изменение условий профессиональной деятельности в стрессорной ситуации пандемии	84
---	----

ЭПИЛЕПТОЛОГИЯ

Казенных Т.В., Бохан Н.А. (Томск) Психотерапевтическая парадигма в методологии комплексной социально-терапевтической коррекции взаимоотношений в семьях больных эпилепсией: новые возможности системного подхода	94
---	----

C O N T E N T S

BIOLOGICAL RESEARCH

- Nikitina V.B., Belokrylova M.F., Rudnitsky V.A., Vetlugina T.P., Lobacheva O.A., Kazennykh T.V., Perchatkina O.E., Lebedeva V.F.** (Tomsk) Indicators of innate immunity – features of the diagnosis of anxiety disorders in women 5

CHILD-ADOLESCENT PSYCHIATRY

- Nikitina S.G., Koval-Zaitsev A.A., Balakireva E.E., Shushpanova O.V., Blinova T.E., Kulikov A.V.** (Moscow) Diversity and commonality of clinical and pathopsychological manifestations of autism and schizophrenia in childhood 16

- Raeva T.V., Leonova A.V.** (Tyumen) Objective criteria for diagnosing individual characteristics of mental ontogenesis in young children with delayed speech development 25

- Lazo Yu.V., Klinova M.A., Sakharov A.V.** (Chita) Ethnocultural features of the formation and clinical course of mental retardation in children of older preschool age living in the territory of the Trans-Baikal Territory 31

CLINICAL NARCOLOGY

- Rozin A.I., Kisel N.I., Gusev S.I.** (Tomsk, Kemerovo) Nonmedication methods for the treatment of alcohol dependence in women with comorbid affective disorders 39

- Bokhan N.A., Selivanov G.Yu.** (Tomsk, St. Petersburg) Rehabilitation in addictive psychotherapeutic communities of mental patients with comorbid abuse of synthetic cannabinoids 48

PSYCHOPHARMACOTHERAPY

- Boiko E.O., Lozhnikova L.E., Zaitseva O.G., Aleksandrova L.A.** (Krasnodar) Comparative efficacy of antidepressant therapy for generalized anxiety disorder depending on the leading symptom complex 57

- Boksha I.S., Sheshenin V.S., Savushkina O.K., Tereshkina E.B., Prokhorova T.A., Pochueva V.V., Vorobieva E.A., Burbaeva G.Sh.** (Moscow) Biochemical aspects of the use of additional pharmacotherapy in the treatment of psychosis of late age 64

PSYCHOTHERAPY

- Kozhevnikova T.A., Kostarev V.V.** (Krasnoyarsk) Psychotherapy in recreational training and correction of disadaptive responses in athletes 76

MEDICAL PSYCHOLOGY

- Sultanova A.N., Narov M.Yu., Tagiltseva E.V., Filonenko E.V., Ovchinnikov A.A., Stankevich A.S.** (Novosibirsk) Features of the psychological response of medical workers in a psychiatric hospital to changes in the conditions of professional activity in a stressful situation of a pandemic 84

EPILEPTOLOGY

- Kazennykh T.V., Bokhan N.A.** (Tomsk) Psychotherapeutic paradigm in the methodology of complex social and therapeutic correction of relationships in families of patients with epilepsy: new possibilities of a systematic approach 94

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89-008.441.1:616.891.6-055.2|465*5|:612.017.11

Для цитирования: Никитина В.Б., Белокрылова М.Ф., Рудницкий В.А., Ветлугина Т.П., Лобачева О.А., Казенных Т.В., Перчаткина О.Э., Лебедева В.Ф. Показатели врожденного иммунитета – особенности диагностики тревожных расстройств у женщин. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 2 (115). С. 5-15. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-5-15](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-5-15)

Показатели врожденного иммунитета – особенности диагностики тревожных расстройств у женщин

**Никитина В.Б.¹, Белокрылова М.Ф.^{1,2}, Рудницкий В.А.^{1,3},
Ветлугина Т.П.¹, Лобачева О.А.¹, Казенных Т.В.¹,
Перчаткина О.Э.¹, Лебедева В.Ф.¹**

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

² ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России
Россия, 634050, Томск, Московский тракт, 2

³ ФГБОУ ВО «Томский государственный педагогический университет»
Россия, 634061, Томск, ул. Киевская, 60

РЕЗЮМЕ

Актуальность. В клинической практике врачи встречаются с психическими нарушениями, сопровождающимися приступами интенсивной и мучительной тревоги. Чаще всего от тревожных расстройств страдают женщины. Наиболее распространенными являются паническое расстройство и органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга, дифференциация которых затруднена ввиду имеющегося сходства клинических проявлений. Течение этих расстройств биологически детерминировано, а социально-психологические факторы выступают в роли триггера либо искажают воздействие, влияя на патоморфоз. В связи с этим поиск биологических критериев и предикторов дифференциальной диагностики данных психических нарушений становится актуальной научно-прикладной клинической и медико-социальной задачей. **Цель:** выделение иммунологических показателей для дифференциальной диагностики тревожных расстройств у женщин – панического расстройства и органического тревожного расстройства в связи с сосудистым заболеванием головного мозга. **Материал и методы.** Проведено комплексное клинко-психопатологическое, психологическое и иммунологическое обследование 48 женщин (средний возраст составил 50,0±10,8 года), поступивших в клинику НИИ психического здоровья Томского НИМЦ с диагнозами по МКБ-10 «Паническое расстройство» (F41.0) – 24 чел. и «Органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга» (F06.41) – 22 чел. По Шкале самооценки Спилберга-Ханина оценивали уровни реактивной и личностной тревожности. Лабораторное исследование включало фенотипирование иммунокомпетентных клеток по кластерам дифференцировки методом проточной цитометрии и определение факторов гуморального иммунитета методом ИФА; фагоцитарную активность нейтрофилов оценивали методом световой микроскопии. Полученные данные были статистически обработаны. **Результаты.** Между здоровыми женщинами и женщинами с паническим расстройством и органическим тревожным расстройством в связи с сосудистым заболеванием головного мозга установлены статистически значимые различия по уровню реактивной тревожности и показателям врожденного иммунитета. Предложен способ дифференциальной диагностики изучаемых тревожных расстройств. При поступлении в стационар проводится психологическое и иммунологическое обследование, по результатам которого при уровне реактивной тревожности 46 баллов и более, количестве натуральных киллеров 12% и менее, фагоцитарном индексе нейтрофилов 57% и более диагностируют паническое расстройство, а при значениях реактивной тревожности 45 баллов и менее, количестве натуральных киллеров 13% и более, фагоцитарном индексе нейтрофилов 56% и менее диагностируют органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга. **Заключение.** Выявлены информативные показатели врожденного иммунитета для дифференциальной диагностики панического расстройства и органического тревожного расстройства сосудистого генеза.

Ключевые слова: паническое расстройство, органическое тревожное расстройство, врожденный иммунитет, реактивная тревожность.

ВВЕДЕНИЕ

Тревожные расстройства являются самой распространенной группой среди психических заболеваний в мире, характеризуются многообразием клинических проявлений, с более высокой частотой наблюдаются у женщин [1, 2].

В повседневной клинической практике встречаются пациенты с психическими нарушениями, сопровождающимися приступами интенсивной и мучительной тревоги [3, 4], которая проявляется в структуре панического расстройства или органического тревожного расстройства в связи с сосудистым заболеванием головного мозга. Дифференциация между ними затруднена ввиду имеющегося сходства клинических проявлений. В обоих случаях приступы внезапной выраженной тревоги протекают с беспокойством, психовегетативной симптоматикой в виде повышения артериального давления, учащения пульса, а также головными болями, нарушениями сна, снижением настроения и т.д. Для постановки диагноза «Паническое расстройство» у пациента не должно быть соматического заболевания, взаимосвязанного с появлением эпизодической пароксизмальной тревожности. Однако на практике, особенно у больных среднего и старшего возрастов, часто отмечаются признаки церебрально-органической недостаточности ЦНС, в то время как пациенты без органической отягощенности – достаточно редкое явление в стационарной практике. Так как во время приступов тревоги, панических пароксизмов за счет вегетативных нарушений даже при отсутствии такой отягощенности почти всегда выявляются симптомы, традиционно считающиеся «органическими». Её присутствие, подкрепленное данной «органической» симптоматикой, не только приводит к гиперболизации церебрально-органического фактора психических нарушений, сопровождающихся тревогой, но и к чрезмерной диагностике органических тревожных расстройств.

Преувеличение значения органической детерминированности приводит к недооценке социально-психологических причин, что способствует негативной динамике и прогрессированию заболевания. И та, и другая крайность становятся причиной диагностических ошибок, что понимается только в дальнейшем, уже ретроспективно, а потеря времени и некорректно подобранная терапия ухудшают психическое и соматическое состояние больных, способствуют повышению рисков для жизни и здоровья, снижают качество жизни пациентов. Своевременная диагностика и раннее начало адекватной терапии расстройств тревожного спектра позволяют значительно улучшить качество жизни пациентов.

Современными исследованиями доказано взаимодействие нервной и иммунной систем [5, 6, 7, 8], показана значимая роль их взаимовлияния при тревожных состояниях [9, 10], исследуется связь панического расстройства с соотношением фенотипов иммунокомпетентных клеток [11, 12]. На основании данных психологического тестирования и иммунобиологического исследования разработаны способ прогнозирования риска формирования панического расстройства на ранней стадии заболевания [13] и способ прогнозирования риска формирования органического тревожного расстройства [14].

Динамика органического заболевания сосудистого генеза и течение панического расстройства биологически детерминированы. Социально-психологические факторы в данном случае чаще выступают в роли триггера либо искажают воздействие, влияя на патоморфоз. Учитывая вышеизложенное, поиск биологических критериев и предикторов дифференциальной диагностики данных психических нарушений становится актуальной научно-прикладной клинической и медико-социальной задачей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выделение иммунологических показателей для дифференциальной диагностики тревожных расстройств у женщин – панического расстройства и органического тревожного расстройства в связи с сосудистым заболеванием головного мозга.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведено комплексное клинко-психопатологическое, психологическое и иммунобиологическое обследование 46 женщин, поступивших на стационарное лечение в клинику НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Средний возраст пациенток составил $50,0 \pm 10,8$ года. Клиническую верификацию проводили согласно критериям МКБ-10. Было сформировано две группы исследования. В 1-ю группу вошли пациентки с паническим расстройством (F41.0; n=24), 2-я группа была сформирована из пациенток с органическим тревожным расстройством в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.41; n=22). Ведущими клиническими синдромами в обеих группах являлись тревожно-фобический и тревожно-астенический.

Уровень тревожности оценивали согласно опроснику личностной и реактивной тревожности Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина.

В качестве материала для иммунологического исследования была использована венозная кровь исследуемых лиц, которую забирали из локтевой вены утром натощак с использованием стериль-

ной системы однократного применения Vacutainer (Becton Dickinson, USA): для фенотипирования иммунокомпетентных клеток – в пробирки с антикоагулянтом ЭДТА, для получения сыворотки крови – в пробирки с активатором свертывания крови, для определения фагоцитарной активности лейкоцитов – в пробирки с антикоагулянтом гепарином.

Применялись лабораторные методы исследования пациентов с тревожными расстройствами: фенотипирование лимфоцитов методом проточной цитометрии системы Facs Calibur (BD, USA) с использованием серии реагентов BD Multitest™ (BD, USA). Определяли: 1) количество Т-лимфоцитов ($CD45^+CD3^+CD19^-$ -фенотипа), Т-хелперов ($CD45^+CD3^+CD4^+$ -фенотипа), Т-цитотоксических лимфоцитов ($CD45^+CD3^+CD8^+$ -фенотипа), В-лимфоцитов ($CD45^+CD3^-CD19^+$ -фенотипа), NK-клеток ($CD45^+CD3^-CD16^+CD56^+$ -фенотипа); 2) концентрацию сывороточных иммуноглобулинов классов М, G, А методом иммуноферментного анализа с использованием стандартных наборов ИФА-БЕСТ (АО «Вектор Бест», Россия) в соответствии с инструкцией к наборам; регистрацию результатов осуществляли на автоматическом ИФА-анализаторе «Lazurite» (USA); 3) уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови полиэтиленгликолем методом; 4) фагоцитарную активность полиморфно-ядерных нейтрофилов в тесте с меланин-формальдегидным латексом.

В качестве контроля были приняты показатели тревожности и иммунологические данные 37 практически здоровых женщин.

Статистический анализ проводили с использованием STATISTICA для Windows, версия 12.0 путем сравнения независимых выборок с помощью U-критерия Манна–Уитни. Критический уровень значимости принимался равным 0,05. Описательная статистика и табличные данные представлены медианой [Me] и межквартильным интервалом [LQ–UQ].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В таблице 1 приведены количественные данные психологического обследования женщин с тревожными расстройствами и здоровых женщин группы контроля. Сравнительный анализ результатов показал статистически значимое повышение уровней реактивной и личностной тревожности у женщин с тревожными расстройствами обеих групп по сравнению с таковыми значениями у женщин группы контроля. В группе женщин с паническим расстройством по сравнению с женщинами с органическим тревожным расстройством в связи с сосудистым заболеванием головного мозга выявлен статистически значимо более высокий ($p_2=0,000114$) уровень реактивной тревожности – 50 [46–54] баллов против 42 [35–45] баллов. Различия между показателями личностной тревожности у пациентов с разным проявлением тревожных расстройства не достигают уровня статистической значимости.

Т а б л и ц а 1. Сравнительное распределение показателей реактивной и личностной тревожности по Шкале Спилбергера-Ханина в обследуемых группах больных и здоровых женщин

Показатель	Группа обследуемых пациентов			p_2
	Здоровые женщины (n=37)	Паническое расстройство (n=24)	Органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (n=22)	
Реактивная тревожность, баллы	36 [33–39]	50 [46–54] $p_1=0,000001$	42 [35–45] $p_1=0,022534$	0,000114
Личностная тревожность, баллы	34 [30–37]	53 [42–60] $p_1=0,000001$	51 [46–55] $p_1=0,000001$	0,944399

П р и м е ч а н и е. Достоверность различий: p_1 – по отношению к здоровым женщинам; p_2 – между группами пациентов с тревожными расстройствами.

Результаты лабораторного обследования пациентов и здоровых лиц представлены в таблице 2. Сравнительный анализ количественных данных иммунологического исследования женщин трех групп (с паническим расстройством, органическим тревожным расстройством в связи с сосудистым заболеванием головного мозга и здоровых) продемонстрировал: 1) снижение содержания Т-хелперов (%) – 47 [40–52], $p_1=0,066264$, 42 [39–48], $p_1=0,003916$, 48 [43–55]; 2) повышение Т-цитотоксических лимфоцитов (%) – 28 [24–33], $p_1=0,009052$, 30 [28–32], $p_1=0,000223$, 24 [20–30]; 3) повышение В-лимфоцитов (%) – 12 [10–18],

$p_1=0,029032$; 13 [10–15], $p_1=0,044708$, 11 [7–14]. Существенные различия между группами пациентов (с паническим расстройством, органическим тревожным расстройством в связи с сосудистым заболеванием головного мозга) и здоровыми женщинами выявлены по параметрам врожденного иммунитета, что подтверждается: 1) статистически значимым более низким количеством NK-клеток (%) – 10 [7–12] и 16 [13–18], $p_2=0,000007$; 2) статистически значимым более высоким фагоцитарным индексом нейтрофилов (%) – 62 [57–67] и 48 [42–56], $p_2=0,000009$.

Т а б л и ц а 2. Сравнительное распределение показателей клеточного иммунитета в обследуемых группах больных и здоровых женщин

Показатель	Группа обследуемых пациентов			p ₂
	Здоровые женщины (n=37)	Паническое расстройство (n=24)	Органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (n=22)	
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	6,5 [5,7–7,5]	6,3 [5,1–7,4], p ₁ =0,178987	6,6 [5,7–7,4], p ₁ =0,696568	0,235774
Лимфоциты, %	36 [30–40]	38 [30–45], p ₁ =0,191874	34 [31–40], p ₁ =0,625942	0,158439
Т-лимфоциты (CD45 ⁺ CD3 ⁺ CD19 ⁺), %	76 [68–80]	76 [70–80], p ₁ =0,841411	74 [68–79], p ₁ =0,585717	0,550719
Т-хелперы (CD45 ⁺ CD3 ⁺ CD4 ⁺), %	48 [43–55]	47 [40–52], p ₁ =0,066264	42 [39–48], p ₁ =0,003916	0,220816
Т-цитотоксические лимфоциты (CD45 ⁺ CD3 ⁺ CD8 ⁺), %	24 [20–30]	28 [24–33], p ₁ =0,009052	30 [28–32], p ₁ =0,000223	0,105325
В-лимфоциты (CD45 ⁺ CD3 ⁺ CD19 ⁺), %	11 [7–14]	12 [10–18], p ₁ =0,029032	13 [10–15], p ₁ =0,044708	0,889067
NK-клетки (CD45 ⁺ CD3 ⁺ CD16 ⁺ CD56 ⁺), %	12 [8–16]	10 [7–12], p ₁ =0,018621	16 [13–18], p ₁ =0,005234	0,000007
ЦИК, усл. ед.	67 [49–79]	67 [51–99], p ₁ =0,530565	70 [59–97], p ₁ =0,368354	0,220816
IgM, г/л	2,07 [1,54–2,42]	1,75 [1,17–2,41], p ₁ =0,538423	2,04 [1,24–2,59], p ₁ =0,739625	0,561116
IgG, г/л	15,27 [12,48–8,37]	15,84 [12,4–19,78], p ₁ =0,394700	16,46 [14,73–18,59], p ₁ =0,067894	0,377020
IgA, г/л	1,74 [1,33–2,17]	1,60 [1,14–2,35], p ₁ =0,558322	1,86 [1,43–2,41], p ₁ =0,236744	0,245085
Фагоцитарный индекс нейтрофилов, %	54 [48–58]	62 [57–67], p ₁ =0,000005	48 [42–56], p ₁ =0,101367	0,000009
Фагоцитарное число	6,3 [5,5–7,6]	6,1 [4,8–6,7], p ₁ =1,824694	6,1 [5,2–6,4], p ₁ =0,312331	0,744830

П р и м е ч а н и е. Достоверность различий: p₁ – по отношению к здоровым женщинам; p₂ – между группами пациентов с тревожными расстройствами.

В нейроанатомическом аспекте отличительная особенность панического расстройства заключается в том, что именно при этом заболевании наблюдается повышенная реактивность миндалевидного тела (amygdala), входящего в лимбическую систему головного мозга [15, 16, 17]. Миндалевидное тело играет важную функциональную роль, связанную с условным страхом, – появление и нарастание страха и тревоги. Лимбическая система мозга – часть структуры нервной регуляции функций иммунологической защиты и усиления «автономности» иммунной системы [18, 19]. Гиперактивность зон лимбической системы при панических атаках дезорганизует деятельность регуляторного аппарата в целом [20, 21], нарушает нейроиммунную регуляцию, индуцирует патологию функции иммунитета. У пациентов с паническим расстройством было выявлено снижение доли клеток Т-супрессоров и повышение соотношения Th/Ts. Установлено, что более высокий уровень тревожности связан с измененной популяцией Т-клеток, более того, уровни тревоги отрицательно коррелируют с долей NK-клеток [22]. Т.е. с повышением тревожности содержание NK-клеток снижается, что подтверждается и в нашем исследовании.

При расстройствах органического регистра ключевая роль принадлежит соматическим заболеваниям сосудистого генеза, которые служат источником нарушения проницаемости гематоэнцефалического барьера, расстройств ликвородинамики, возникновения патологической интероцептивной импульсации, активации микроглии, усиления продукции различных медиаторов процесса воспаления [23, 24, 25]. В научной литературе обсуждается изменение показателей врожденного и адаптивного иммунитета на фоне артериальной гипертензии, возможная связь выявляемых в крови маркеров воспаления при атеросклерозе и ассоциированных с ним сердечно-сосудистых заболеваниях. Отражена роль иммунной системы в патогенезе АГ, зависимость изменений показателей от тяжести заболевания и поражения органов-мишеней [14]. Возрастает интерес к системе цитокинов, вялотекущему воспалительному процессу с развитием АГ, установлению роли медиаторов воспаления [26, 27]. Разные субпопуляции клеток (дендритные, моноциты/макрофаги и NK-клетки, В- и Т-лимфоциты), участвующие во врожденных и адаптивных иммунных реакциях, способствуют поражению сосудов и почек при гипертензии [28, 29].

На основании полученных данных был разработан способ дифференциальной диагностики панического расстройства и органического тревожного расстройства в связи с сосудистым заболеванием головного мозга. При поступлении пациента в психиатрический стационар кроме общеклинического обследования оценивают уровень тревожности и определяют показатели системы иммунитета. При уровне реактивной тревожности 46 баллов и более, количестве натуральных киллеров 12% и менее, фагоцитарном индексе нейтрофилов 57% и более диагностируют паническое расстройство, а при значениях реактивной тревожности 45 баллов и менее, количестве натуральных киллеров 13% и более, фагоцитарном индексе нейтрофилов 56% и менее диагностируют органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга. Данный способ запатентован [30].

Далее приведены клинические примеры прогнозирования панического расстройства и органического тревожного расстройства в связи с сосудистым заболеванием головного мозга с использованием уровня реактивной тревожности и показателей врожденного иммунитета.

Клинический пример 1. Пациентка Т., 48 лет, кассир. Диагноз: Паническое расстройство (F41.0).

Психический статус. Выглядит соответственно паспортному возрасту. В беседу вступает охотно, напряжена в начале разговора. Эмоционально-взволнованным голосом выражает свое душевное состояние, активно жестикулирует. Мимикой подчеркивает тягостные эмоциональные переживания.

В месте нахождения, времени и собственной личности ориентирована верно. Настроение сниженное, с оттенком недовольства, неуступчива, напряжена, гневлива. Отвечает в плане поставленных вопросов. Жалобы акцентирует на опасениях возможного возобновления приступообразных состояний, возникающих при появлении «малейшего волнения» или спонтанно. Во время приступа испытывает тревогу, беспокойство, внутреннее напряжение с дрожью в теле, «происходит спазм дыхания», не может вдохнуть воздух «полной грудью», ощущает учащенное сердцебиение, урчание и вздутие живота. На высоте приступа возникает страх смерти, «предчувствие и ожидание», что задохнется, так как «перестанет поступать кислород» или «не выдержит сердце». Не скрывает, что «всегда была склонна к бурным переживаниям», но в последнее время стала более нервной, раздражительной, легко ранимой. Испытывает трудности при засыпании ночью, сон тревожный, поверхностный, с частыми пробуждениями. Фиксирована на своем «непонятном» состоянии. Неоднократно возвращается к теме о возможном возобновлении «приступов» и их влиянии на состояние здоровья, опасается, что они «могут остаться на всю жизнь». Требуется от врача гарантий, что приступы не возобновятся.

Активно ищет помощи, надеется на «понимание и поддержку». Мышление последовательное, в обычном темпе. Память на прошедшие и настоящие события сохранена. Интеллект соответствует образу жизни и полученному образованию. Суицидальные мысли отрицает. Продуктивные расстройства не выявлены. Психический статус квалифицируется тревожно-фобическим синдромом с психовегетативной симптоматикой (покраснение лица, дрожание рук, потливость, головокружение).

По Шкале Спилберга-Ханина: реактивная тревожность – 46 баллов, личностная тревожность – 38 баллов.

Иммунологическое обследование: лейкоциты $5,5 \times 10^9/\text{л}$, лимфоциты 36%, Т-лимфоциты 70%, Т-хелперы 44%, Т-цитотоксические лимфоциты 27%, В-лимфоциты 18%, NK-клетки 12%, ЦИК 92 усл. ед., IgM 2,2 г/л, IgG 14,8 г/л, IgA 2,62 г/л, фагоцитарный индекс нейтрофилов 57%, фагоцитарное число 6,2.

Клинический пример 2. Пациентка С., 42 года, специалист. Диагноз: Паническое расстройство (F41.0).

Психический статус. Выглядит соответственно паспортному возрасту, одета опрятно. Волосы взъерошены, декоративной косметикой не пользуется. Анамнестические сведения излагает подробно, охотно. Рассказывая о себе, ждет одобрения и похвалы. С этой целью демонстративно преуменьшает значимость достижений и социальных успехов. Напряжена, суетлива, постоянно перебирает пальцы рук. Обращается с просьбой перейти в палату, где мало пациентов, так как «люди раздражают», нет желания ни с кем общаться, отвечать на вопросы. В процессе беседы постепенно расслабляется, начинает плакать, особенно после рассказа о «невероятно тяжелом» состоянии и страхе сумасшествия. При этом говорит, что старается контролировать себя и «запрещает» себе плакать, так как «это ненормальная реакция». Жалуется на внезапные, без видимых причин приступы тревоги с головокружением, подъемом АД до высоких показателей, с потемнением в глазах, «предобморочными состояниями», дрожью в теле и конечностях, потребностью в постоянном движении. Длительность приступа тревоги 30-40 минут. В межприступный период из-за страха повторения приступа в любой момент и вероятности оказаться без помощи близких предпочитает не оставаться одна. Из-за сниженного настроения сузила круг общения, уменьшилась работоспособность, не может сконцентрировать внимание на выполняемой деятельности. Отмечает слабость, вялость, тревогу. Сон в течение 6 часов, без чувства отдыха. Суицидальные мысли отрицает. Мышление последовательное. Психотической симптоматики не выявлено. Психический статус квалифицируется тревожно-фобическим синдромом.

По Шкале Спилберга-Ханина: реактивная тревожность – 65 баллов, личностная тревожность – 53 балла.

Иммунологическое обследование: лейкоциты $7,0 \times 10^9/\text{л}$, лимфоциты 38%, Т-лимфоциты 78%, Т-хелперы 48%, Т-цитотоксические лимфоциты 30%, В-лимфоциты 16%, NK-клетки 6%, ЦИК 78 усл. ед., IgM 1,5 г/л, IgG 20,5 г/л, IgA 2,25 г/л, фагоцитарный индекс нейтрофилов 88%, фагоцитарное число 8,0.

Клинический пример 3. Пациентка О., 56 лет, фельдшер. Диагноз: Органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.41).

Психическое состояние. В месте нахождения, времени, собственной личности ориентирована верно. Настроение сниженное, с преобладанием раздражительности и недовольства. В жалобах акцентирует внимание на выраженном беспокойстве, нервозности, раздражительности, неустойчивости эмоций, которые «перестала контролировать». Считает, что «за последнее время изменилась до неузнаваемости», близкие и коллеги по работе обращают внимание на не присущую ей ранее нервозность. Отмечает, что после «эмоционального срыва» долго не может успокоиться, расслабиться. На этом фоне испытывает ощущение «тяжести» в голове. Беспокоят интенсивные головные боли в затылочной и лобной областях, усиливающиеся при эмоциональном реагировании, повышении АД до 180/100 мм рт. ст. или перемене погодных условий. Обеспокоена своим «ненормальным» состоянием во время участвовавших эпизодов повышения артериального давления (дрожание всего тела, учащенное сердцебиение, страх смерти). Жалуется на «периодические» трудности при засыпании ночью. Считает, что в связи с «изменениями в эмоциональном состоянии» появились «нарушения памяти, несобранность, невнимательность». Мышление последовательное, конкретное, обстоятельное. Память на текущие события незначительно снижена. Психическое состояние квалифицируется тревожно-цефалгическим синдромом.

По Шкале Спилберга-Ханина: реактивная тревожность – 45 баллов, личностная тревожность – 37 баллов.

Иммунологическое обследование: лейкоциты $6,9 \times 10^9/\text{л}$, лимфоциты 43%, Т-лимфоциты 76%, Т-хелперы 54%, Т-цитотоксические лимфоциты 22%, В-лимфоциты 11%, NK-клетки 13%, ЦИК 140 усл. ед., IgM 2,4 г/л, IgG 16,9 г/л, IgA 2,66 г/л, фагоцитарный индекс нейтрофилов 56%, фагоцитарное число 6,4.

Клинический пример 4. Пациентка Н., 54 года, артист филармонии. Диагноз: Органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.41).

Психическое состояние. Внешне выглядит моложе паспортного возраста. Перед беседой с доктором смотрит в зеркало, поправляет прическу, чтобы убедиться, что внешне все в порядке. Одето опрятно, волосы аккуратно причесаны, декоративной косметикой не пользуется. Мимика живая и выразительная, выражение лица уставшее. Позиция актив-

ная и уверенная, походка быстрая и энергичная, во время беседы часто меняет позу, излишне жестикулирует. Говорит громким модулированным голосом, отличается многословием, речь с грудным придыханием, голосовая и интонационная выразительность. В диалоге стремится взять инициативу на себя. В изложении жалоб (на нестабильное настроение, тревогу, иногда «отчаяние, апатию», раздражительность), способе подачи себя демонстративна, эмоционально лабильна. В суждениях категорична. Испытывает тревогу за собственное здоровье. Сообщает об эпизодических нарушениях сна с трудностями при засыпании и частыми пробуждениями, подъемах АД до 160 мм рт. ст., приступообразных головных болях сжимающего характера, головокружении и шуме в ушах, метеочувствительности, непереносимости жары. Быстро освоилась в отделении, в силу мнительности требует к себе исключительного внимания, диктует лечение, врачебные рекомендации выполняет по собственному усмотрению, режим не нарушает, стремится быстрее пройти процедуры.

По Шкале Спилберга-Ханина: реактивная тревожность – 40 баллов, личностная тревожность – 47 баллов.

Иммунологическое обследование: лейкоциты $5,3 \times 10^9/\text{л}$, лимфоциты 32%, Т-лимфоциты 66%, Т-хелперы 46%, Т-цитотоксические лимфоциты 20%, В-лимфоциты 14%, NK-клетки 20%, ЦИК 106 усл. ед., IgM 1,8 г/л, IgG 17,8 г/л, IgA 2,2 г/л, фагоцитарный индекс нейтрофилов 42%, фагоцитарное число 3,5.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сравнительный анализ данных психологического и иммунологического обследования женщин с тревожными расстройствами продемонстрировал повышение уровней реактивной и личностной тревожности и разнонаправленные изменения в системе иммунитета по сравнению со здоровыми. Показано, что в отличие от органического тревожного расстройства в связи с сосудистым заболеванием головного мозга паническое расстройство характеризуется повышением уровня реактивной тревожности и количественными изменениями параметров врожденного иммунитета, а именно снижением количества натуральных клеток-киллеров и повышением фагоцитарной активности нейтрофилов. На основании полученных данных предложен новый способ, который расширяет арсенал методов диагностики особенностей течения непсихотических психических расстройств с тревожной симптоматикой и предоставляет возможность повысить точность дифференциальной диагностики панического расстройства и органического тревожного расстройства в связи с сосудистым заболеванием головного мозга, что способствует правильному подбору адекватной терапии и повышению эффективности лечения указанного контингента больных.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование выполнено по бюджетному финансированию ГЗ 075-01184-22-00 в рамках комплексной темы НИР НИИ психического здоровья «Биопсихосоциальные механизмы патогенеза и клинического полиморфизма, адаптационный потенциал и предикторы эффективности терапии у больных с психическими и поведенческими расстройствами в регионе Сибири», регистрационный номер 122020200054-8.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование с участием людей проведено с соблюдением принципов информированного согласия Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации и одобрено Локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (Протокол № 99 от 17 апреля 2017 г., дело № 99/14.2017).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Шальнова С.А., Евстифеева С.Е., Деев А.Д., Артамонова Г.В., Гатагонова Т.М., Дупляков Д.В., Ефанов А.Ю., Жернакова Ю.В., Конради А.О., Либис Р.А., Минаков Э.В., Недогода С.В., Ощепкова Е.В., Романчук С.В., Ротарь О.П., Трубачева И.А., Шляхто Е.В., Бойцов С.А. Распространенность тревоги и депрессии в различных регионах Российской Федерации и ее ассоциации с социально-демографическими факторами (по данным исследования ЭССЕ-РФ). Терапевтический архив. 2014. Т. 86, № 12. С. 53-60. Shalnova SA, Evstifeeva SE, Deev AD, Artamonova GV, Gatagonova TM, Dupliakov DV, Efanov AU, Zhernakova YUV, Konradi AO, Libis RA, Minakov EV, Nedogoda SV, Oshchepkova EV, Romanchuk SV, Rotar OP, Trubacheva IA, Shliakhto EV, Boytsov SA. The prevalence of anxiety and depression in different regions of the Russian Federation and its association with sociodemographic factors (according to the data of the Epidemiology of Cardiovascular Diseases – RF study). Therapeutic Archive. 2014;86(12):53-60. <https://doi.org/10.17116/terarkh2014861253-60> (in Russian).
2. Дзяк Л.А., Цуркаленко Е.С. Тревожные расстройства в общей врачебной практике. Семейная медицина. 2018. № 4 (78). С. 50-55. Dzyak LA, Tsurkalenko ES. Anxiety disorders in general practice. Family Medicine. 2018;4(78):50-55. doi: 10.30841/2307-5112.4.2018.160701 (in Russian).
3. Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А., Мосолов С.Н. Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации: результаты опроса врачей-психиатров. Современная терапия психических расстройств. 2017. № 2. С. 2-13. Neznanov NG, Martynikhin IA, Mosolov SN. Diagnosis and treatment of anxiety disorders in the Russian Federation: results of a survey of psychiatrists. Modern Therapy of Mental Disorders. 2017;2:2-13 (in Russian).
4. Дубатова И.В., Лепявка С.В., Сафроненко А.В., Демидов И.А., Воякина В.Г. Коморбидность тревожно-депрессивных расстройств и общесоматической патологии. Главный врач Юга России. 2019. № 4 (68). С. 52-55 Dubatova IV, Lepyavka SV, Safronenko AV, Demidov IA, Voyakina VG. Comorbidity of anxiety-depressive disorders and general somatic pathology. Chief Physician of the South of Russia. 2019;4(68):52-55 (in Russian).
5. Ясенявская А.Л., Самотруева М.А., Башкина О.А., Андреева Л.А., Мясоедов Н.Ф., Тюренок И.Н., Караулов А.В. Нейропептидная регуляция иммунитета. Иммунология. 2018. Т. 39, № 5-6. С. 326-336. Yasyenyavskaya AL, Samotrueva MA, Bashkina OA, Andreeva LA, Myasoedov NF, Tyurenkov IN, Karaulov AV. Neuropeptide regulation of immunity. Immunology. 2018;39(5-6):326-336. doi: 10.18821/0206-4952-2018-39-5-6-326-336 (in Russian).
6. Гольдина И.А., Гольдин Б.Г., Маркова Е.В., Козлов В.А. Параметры цитокинового статуса у больных рассеянным склерозом с коморбидным депрессивным расстройством. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2020. № 1 (106). С. 5-13. Goldina IA, Goldin BG, Markova EV, Kozlov VA. The cytokines status parameters in multiple sclerosis patients with comorbid depressive disorder. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2020;1(106):5-13. doi: 10.26617/1810-3111-2020-1(106)-5-13 (in Russian).
7. De Luca C, Colangelo AM, Alberghina L, Papa M. Neuro-Immune Hemostasis: Homeostasis and Diseases in the Central Nervous System. Front Cell Neurosci. 2018 Nov 26;12:459. doi: 10.3389/fncel.2018.00459. PMID: 30534057; PMCID: PMC6275309.
8. Salvador AF, de Lima KA, Kipnis J. Neuromodulation by the immune system: a focus on cytokines. Nat Rev Immunol. 2021 Aug;21(8):526-541. doi: 10.1038/s41577-021-00508-z. Epub 2021 Mar 1. PMID: 33649606.
9. Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Невидимова Т.И., Лобачева О.А., Батухтина Е.И., Стоянова И.Я., Семке В.Я. Система иммунитета и уровень тревожности при адаптации человека к новым условиям жизнедеятельности. Фундаментальные исследования. 2012. № 9-1. С. 17-21. Vetlugina TP, Nikitina VB, Nevidimova TI, Lobacheva OA, Batukhtina EI, Stoyanova IYa, Semke VYa. The immune system and the level of anxiety during human adaptation to new living conditions. Basic Research. 2012;9-1:17-21 (in Russian).
10. Walss-Bass C, Suchting R, Olvera RL, Williamson DE. Inflammatory markers as predictors of depression and anxiety in adolescents: Statistical model

- building with component-wise gradient boosting. *J Affect Disord.* 2018 Jul;234:276-281. doi: 10.1016/j.jad.2018.03.006. Epub 2018 Mar 12. PMID: 29554616; PMCID: PMC5895481.
11. Kim H-J, Jeon S-W, Yoon H-K. Recurrence of Panic Attacks after Influenza Vaccination: Two Case Reports. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience.* 2016;14:396-398. doi: 10.9758/cpn.2016.14.4.396.
 12. Petersen CL, Chen JQ, Salas LA, Christensen BC. Altered immune phenotype and DNA methylation in panic disorder. *Clin Epigenetics.* 2020 Nov 18;12(1):177. doi: 10.1186/s13148-020-00972-9. PMID: 33208194; PMCID: PMC7672933.
 13. Патент 2644309 Российская Федерация, МПК A61B 5/16; G01N 33/53. Способ прогнозирования риска формирования панического расстройства на ранней стадии заболевания / Никитина В.Б., Казенных Т.В., Иванова А.А., Цыбульская Е.В., Лобачева О.А., Ветлугина Т.П., Бохан Н.А. № заявки 2016148087; заявл. 07.12.2016; опубл. 08.02.2018. Бюл. № 4. Patent 2644309 Russian Federation, IPC A61B 5/16; G01N 33/53. A method for predicting the risk of developing a panic disorder at an early stage of the disease / Nikitina VB, Kazennykh TV, Ivanova AA, Tsybul'skaya EV, Lobacheva OA, Vetlugina TP, Bokhan NA. Application no. 2016148087; appl. 07.12.2016; publ. 02/08/2018. Bull. no. 4 (in Russian).
 14. Патент 2712915 Российская Федерация, МПК G01N 33/48. Способ прогнозирования риска формирования органического тревожного расстройства / Никитина В.Б., Рудницкий В.А., Белокрылова М.Ф., Лобачева О.А., Перчаткина О.Э., Аксенов М.М., Бохан Н.А. № заявки 2019124193; заявл. 24.07.2019; опубл. 03.02.2020, Бюл. № 4. 12 с. Patent 2712915 Russian Federation, IPC G01N 33/48. A method for predicting the risk of developing an organic anxiety disorder / Nikitina VB, Rudnitsky VA, Belokrylova MF, Lobacheva OA, Perchatkina OE, Aksenov MM, Bokhan NA. Application no. 2019124193; appl. 07/24/2019; publ. 03.02.2020, Bull. no. 4. 12 p. (in Russian).
 15. Гордеев С.А., Посохов С.И., Ковров Г.В., Катенко С.В. Психофизиологические особенности панического и генерализованного тревожного расстройства. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. Т. 113, № 5. С. 11-14. Gordeev SA, Posokhov SI, Kovrov GV, Katenko SV. Psychophysiological characteristics of panic disorder and generalized anxiety disorder. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2013;113(5):11-14 (in Russian).
 16. Sobanski T, Wagner G. Functional neuroanatomy in panic disorder: Status quo of the research. *World J Psychiatry.* 2017 Mar 22;7(1):12-33. doi: 10.5498/wjp.v7.i1.12. PMID: 28401046; PMCID: PMC5371170.
 17. Asami T, Nakamura R, Takaishi M, Yoshida H, Yoshimi A, Whitford TJ, Hirayasu Y. Smaller volumes in the lateral and basal nuclei of the amygdala in patients with panic disorder. *PLoS One.* 2018 Nov 7;13(11):e0207163. doi: 10.1371/journal.pone.0207163. PMID: 30403747; PMCID: PMC6221356.
 18. McEwen BS. The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Res.* 2000 Dec 15;886(1-2):172-189. doi: 10.1016/S0006-8993(00)02950-4. PMID: 11119695.
 19. Schiller M, Ben-Shaanan TL, Rolls A. Neuronal regulation of immunity: why, how and where? *Nat Rev Immunol.* 2021;21:20-36 <https://doi.org/10.1038/s41577-020-0387-1>
 20. Demeşescu LR, Kortekaas R, Cremers HR, Renken RJ, van Tol MJ, van der Wee NJ, Veltman DJ, den Boer JA, Roelofs K, Aleman A. Amygdala activation and its functional connectivity during perception of emotional faces in social phobia and panic disorder. *J Psychiatr Res.* 2013 Aug;47(8):1024-31. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.03.020. Epub 2013 Apr 30. PMID: 23643103.
 21. Kaldewaij R, Reinecke A, Harmer CJ. A lack of differentiation in amygdala responses to fearful expression intensity in panic disorder patients. *Psychiatry Res Neuroimaging.* 2019 Sep 30;291:18-25. doi: 10.1016/j.pscychresns.2019.07.002. Epub 2019 Jul 9. PMID: 31357097.
 22. Park JE, Kim SW, Park Q, Jeong DU, Yu BH. Lymphocyte subsets and mood states in panic disorder patients. *J Korean Med Sci.* 2005 Apr;20(2):215-9. doi: 10.3346/jkms.2005.20.2.215. PMID: 15831989; PMCID: PMC2808594.
 23. Jiang X, Andjelkovic AV, Zhu L, Yang T, Bennett MVL, Chen J, Keep RF, Shi Y. Blood-brain barrier dysfunction and recovery after ischemic stroke. *Prog Neurobiol.* 2018 Apr-May;163-164:144-171. doi: 10.1016/j.pneurobio.2017.10.001. Epub 2017 Oct 5. PMID: 28987927; PMCID: PMC5886838.
 24. Ronaldson PT, Davis TP. Regulation of blood-brain barrier integrity by microglia in health and disease: A therapeutic opportunity. *J Cereb Blood Flow Metab.* 2020 Dec;40(1_suppl):S6-S24. doi: 10.1177/0271678X20951995. Epub 2020 Sep 14. PMID: 32928017; PMCID: PMC7687032.
 25. Santisteban MM, Ahn SJ, Lane D, Faraco G, Garcia-Bonilla L, Racchumi G, Poon C, Schaeffer S, Segarra SG, Körbelin J, Anrather J, Iadecola C. Endothelium-Macrophage Crosstalk Mediates Blood-Brain Barrier Dysfunction in Hypertension. *Hypertension.* 2020 Sep;76(3):795-807. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15581. Epub 2020 Jul 13. PMID: 32654560; PMCID: PMC7429290.
 26. Гаврилюк Е.В., Конопля А.И., Караулов А.В. Роль иммунных нарушений в патогенезе артериальной гипертонии. Иммунология. 2016. Т. 37, № 1. С. 29-35. Gavriluk EV, Konoplya AI, Karaulov AV. Role of immune disturbances in the pathogenesis of the ar-

- terial hypertension. *Immunology*. 2016;37(1):29-35. doi: 10.18821/0206-4952-2016-37-1-29-35.
27. Михин В.П., Гаврилюк Е.В., Евсегнеева И.В. Врожденный иммунитет у больных эссенциальной артериальной гипертензией и эффективность антигипертензивной фармакотерапии. *Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье*. 2020; 2: 27-33. Mikhin VP, Gavriluk EV, Evsegneeveva IV. Congenital immunity in patients with essential arterial hypertension and effectiveness of antihypertensive pharmacotherapy. *Kursk Scientific and Practical Bulletin "Individual and Health"*. 2020;2:27-33. doi: 10.21626/vestnik/2020-2/04.
28. Balasubramanian D, Lopez Gelston CA, Rutkowski JM, Mitchell BM. Immune cell trafficking, lymphatics and hypertension. *Br J Pharmacol*. 2019 Jun;176(12):1978-1988. doi: 10.1111/bph.14370. Epub 2018 Jun 25. PMID: 29797446; PMCID: PMC6534781.
29. Wenzel P. Monocytes as immune targets in arterial hypertension. *Br J Pharmacol*. 2019 Jun;176(12):1966-1977. doi: 10.1111/bph.14389.
30. Патент 2770734 Российская Федерация, G01N 33/49 (2006.01). СПК G01N 33/49 (2021.08). Способ дифференциальной диагностики панического расстройства и органического тревожного расстройства в связи с сосудистым заболеванием головного мозга / Никитина В.Б., Белокрылова М.Ф., Рудницкий В.А., Казенных Т.В., Бохан Н.А. № заявки 2021115426; заявл. 31.05.2021; опубл. 21.04.2022, Бюл. № 12. 15 с. Patent 2770734 Russian Federation, G01N 33/49 (2006.01). SPK G01N 33/49 (2021.08). A method for the differential diagnosis of panic disorder and organic anxiety disorder in connection with a vascular disease of the brain / Nikitina VB, Belokrylova MF, Rudnitsky VA, Kazennyh TV, Bokhan NA. Application no. 2021115426; appl. 05/31/2021; publ. 04/21/2022, Bull. no. 12. 15 p.

Поступила в редакцию 10.03.2022

Утверждена к печати 27.05.2022

Никитина Валентина Борисовна, д.м.н., заведующая лабораторией клинической психонейроиммунологии и нейробиологии НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. ResearcherID B-9926-2012. Author ID Scopus 55640240200. ORCID iD 0000-0002-1644-770X. Author ID РИНЦ 154172. SPIN-код РИНЦ 3687-7727.

Белокрылова Маргарита Федоровна, д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. ResearcherID S-4150-2016. Author ID Scopus 6506164731. ORCID iD 0 0000-0003-2497-6684. Author ID РИНЦ 272592. SPIN-код РИНЦ 8197-0723.

Рудницкий Владислав Александрович, д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ; профессор кафедры психологии развития личности ФГБОУ ВО ТГПУ. ResearcherID S-5745-2016. ORCID iD 0000-0003-1089-8793. Author ID РИНЦ 125291. SPIN-код РИНЦ 7358-7174.

Ветлугина Тамара Парфеновна, д.б.н., профессор, ведущий научный сотрудник лаборатории клинической психонейроиммунологии и нейробиологии, руководитель отдела биологической психиатрии и наркологии НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. ResearcherID C-2144-2012. Author ID Scopus 6603120359. ORCID iD 0000-0003-2068-0931. Author ID РИНЦ 137410. SPIN-код РИНЦ 4237-1873.

Лобачева Ольга Анатольевна, д.б.н., ведущий научный сотрудник лаборатории клинической психонейроиммунологии и нейробиологии НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. ResearcherID C-2151-2012; J-1783-2017. Author ID Scopus 26421227200. ORCID iD 0000-0002-7477-6296. AuthorID РИНЦ 614395. SPIN-код РИНЦ 9442-6470.

Казенных Татьяна Валентиновна, к.м.н., ученый секретарь НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. ResearcherID J-1673-2017. Author ID Scopus 57195285544. Author ID РИНЦ 626033. SPIN-код РИНЦ 6956-3031.

Перчаткина Ольга Эрнстовна, к.м.н., зав. отделом координации научных исследований НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. ResearcherID I-8664-2017. Author ID Scopus 57202383115. ORCID iD 0000-0001-5538-1304. Author ID РИНЦ 629511. SPIN-код РИНЦ 6299-0859.

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

✉ Никитина Валентина Борисовна, valnikitina@rambler.ru

UDC 616.89-008.441.1:616.891.6-055.2|465*5|:612.017.11

For citation: Nikitina V.B., Belokrylova M.F., Rudnitsky V.A., Vetlugina T.P., Lobacheva O.A., Kazennykh T.V., Perchatkina O.E., Lebedeva V.F. Indicators of innate immunity – features of the diagnosis of anxiety disorders in women. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2022; 2 (115): 5-15. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-5-15](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-5-15)

Indicators of innate immunity – features of the diagnosis of anxiety disorders in women

Nikitina V.B.¹, Belokrylova M.F.^{1,2}, Rudnitsky V.A.^{1,3}, Vetlugina T.P.¹, Lobacheva O.A.¹, Kazennykh T.V.¹, Perchatkina O.E.¹, Lebedeva V.F.¹

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

² *Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Siberian State Medical University”
Moskovsky Trakt 20, 634050, Tomsk, Russian Federation*

³ *Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Tomsk State Pedagogical University”
Kievskaya Street 60, 634061, Tomsk, Russian Federation*

ABSTRACT

Background. In clinical practice, doctors encounter mental disorders accompanied by bouts of intense and agonizing anxiety. Most often, women suffer from anxiety disorders. The most common are panic disorder and organic anxiety disorder due to cerebrovascular disease, the differentiation of which is difficult due to the similarity of clinical manifestations. The course of these disorders is biologically determined, and socio-psychological factors act as a trigger or distort the impact, affecting pathomorphosis. In this regard, the search for biological criteria and predictors of differential diagnosis of these mental disorders becomes an urgent scientific, clinical, medical and social challenge. **Objective:** to identify immunological indicators for the differential diagnosis of anxiety disorders in women – panic disorder and organic anxiety disorder due to cerebrovascular disease. **Material and Methods.** A comprehensive clinical-psychopathological, psychological and immunological examination was carried out in 48 women (mean age 50.0±10.8 years) admitted to the clinic of the Mental Health Research Institute of the Tomsk National Research Medical Center with diagnoses ‘panic disorder’ (F41.0) – 24 individuals and ‘organic anxiety disorder due to cerebrovascular disease’ (F06.41) – 22 individuals. According to the Spielberger-Khanin Self-Assessment Scale, the level of state and trait anxiety was assessed. Laboratory research included phenotyping of immunocompetent cells by differentiation clusters using flow cytometry; determination of humoral immunity factors by ELISA; the phagocytic activity of neutrophils was assessed using light microscopy. The obtained data were statistically processed. **Results.** Between healthy women and women with panic disorder and organic anxiety disorder due to cerebrovascular disease, statistically significant differences were found in the level of state anxiety and innate immunity parameters. A method for the differential diagnosis of the studied anxiety disorders is proposed. Upon admission to the hospital, a psychological and immunological examination was carried out, according to the results of which, with a state anxiety level of 46 points or more, the number of natural killers of 12% or less, a neutrophil phagocytic index of 57% or more, panic disorder was diagnosed, and with state anxiety values of 45 points or less, the number of natural killers of 13% or more, the phagocytic index of neutrophils of 56% or less diagnosed an organic anxiety disorder due to a cerebrovascular disease. **Conclusion.** Informative indicators of innate immunity for the differential diagnosis of panic disorder and organic anxiety disorder of vascular origin were determined.

Keywords: panic disorder, organic anxiety disorder, innate immunity, state anxiety.

Received March 10.2022

Accepted May 27.2022

Nikitina Valentina B., MD, Head of the Laboratory of Clinical Psychoneuroimmunology and Neurobiology, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. ResearcherID B-9926-2012. Author ID Scopus 55640240200. ORCID iD 0000-0002-1644-770X. Author ID RSCI 154172. SPIN-code RSCI 3687-7727.

Belokrylova Margarita F., MD, lead researcher of Borderline States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation; Professor of the Department of Psychiatry, Addictology and Psychotherapy of the Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation. ResearcherID S-4150-2016. Author ID Scopus 6506164731. ORCID iD 0000-0003-2497-6684. Author ID RSCI 272592. SPIN-code RSCI 8197-0723.

Rudnitsky Vladislav A., MD, lead researcher of Borderline States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation; Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Tomsk State Pedagogical University”, Tomsk, Russian Federation. ResearcherID S-5745-2016. ORCID iD 0000-0003-1089-8793. Author ID RSCI 125291. SPIN-code RSCI 7358-7174.

Vetlugina Tamara P., DSc, Prof., lead researcher, Laboratory of Clinical Psychoneuroimmunology and Neurobiology, Head of the Department of Biological Psychiatry and Narcology, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. ResearcherID C-2144-2012. Author ID Scopus 6603120359. ORCID iD 0000-0003-2068-0931. Author ID RSCI 137410. SPIN code RSCI 4237-1873

Lobacheva Olga A., DSc, lead researcher, Laboratory of Clinical Psychoneuroimmunology and Neurobiology, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. ResearcherID C-2151-2012; J-1783-2017. Author ID Scopus 26421227200. ORCID iD 0000-0002-7477-6296. Author ID RSCI 614395. SPIN-code RSCI 9442-6470.

Kazennykh Tatyana V., PhD, Academic Secretary, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. ResearcherID J-1673-2017. Author ID Scopus 57195285544. Author ID RSCI 626033. SPIN-код RSCI 6956-3031.

Perchatkina Olga E., PhD, Head of Research Coordination Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. ResearcherID I-8664-2017. Author ID Scopus 57202383115. ORCID iD 0000-0001-5538-1304. Author ID RSCI 629511. SPIN-code RSCI 6299-0859.

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 RSCI 3509-4798, Author ID RSCI 560284, ORCID iD 0000-0001-9266-8291.



Nikitina Valentina B., valnikitina@rambler.ru

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.896:616.895.82:616-079.4:616-003.96-053|465×3/×15|

Для цитирования: Никитина С.Г., Коваль-Зайцев А.А., Балакирева Е.Е., Шушпанова О.В., Блинова Т.Е., Куликов А.В. Разнообразие и общность клинико-патопсихологических проявлений аутизма и шизофрении в детском возрасте. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 2 (115). С. 16-24. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-16-24](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-16-24)

Разнообразие и общность клинико-патопсихологических проявлений аутизма и шизофрении в детском возрасте

**Никитина С.Г., Коваль-Зайцев А.А., Балакирева Е.Е.,
Шушпанова О.В., Блинова Т.Е., Куликов А.В.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Несмотря на многолетнее изучение эндогенной психической патологии в детско-подростковом возрасте, у специалистов, работающих в сфере охраны ментального здоровья подрастающего поколения, остается до конца не выясненным ряд вопросов, связанных как с дифференциальной диагностикой часто встречающихся нозологий, так и с выработкой и реализацией дальнейших маршрутов сопровождения и абилитации пациентов. Ранняя полипрофессиональная диагностика больных, лечение и психолого-психотерапевтическая коррекция значительно улучшают прогноз заболевания и, как следствие, качество жизни пациентов и их родственников. В силу этого особую значимость представляет уточнение клинико-психопатологических характеристик и патопсихологических особенностей больных с целью формирования правомерного представления о степени нарушения каждой из выделенных ментальных сфер и возможностях когнитивного и социального функционирования данной категории пациентов. По результатам научного поиска предполагается создание патопсихологических профилей больных с разными формами течения аутизма и шизофрении в детском возрасте для более точной диагностики клинически схожих состояний и прогнозирования индивидуальных возможностей реабилитации для каждого больного. **Цель:** разработать клинико-психопатологические, патопсихологические подходы к диагностике расстройств аутистического спектра и шизофрении в детском возрасте. **Материал и методы.** В выборку исследования включено 115 пациентов в возрасте от 3 до 15 лет (средний возраст 6,5 года) с диагнозами по МКБ-10: «Детский аутизм» (F84.02), «Шизофрения, детский тип» (F20.8xx3) [5]. Пациенты обследованы клинико-психопатологическим, клинико-динамическим, клинико-катамнестическим, патопсихологическим методами. Полученные результаты сопоставлялись с нормативной базой данных, включающей данные психологического обследования здоровых детей и подростков. **Результаты.** Исходя из клинико-психопатологических и патопсихологических позиций выделены и описаны профили четырех видов когнитивного дизонтогенеза: искаженного, дефицитарного, дефицитарно-прогредиентного с постепенным нарастанием дефекта, регрессивно-дефектирующего. Наряду с решением задачи полипрофессиональной дифференциальной диагностики, данный подход активизирует понимание и создание наиболее эффективного маршрута абилитации пациентов.

Ключевые слова: аутизм, шизофрения, клинико-психопатологическая и патопсихологическая диагностика, когнитивный дизонтогенез, патопсихологический профиль, психологообразовательный тест.

ВВЕДЕНИЕ

Больные с проявлениями аутизма и шизофрении в детском возрасте составляют значительную часть когорты пациентов, обращающихся за помощью к специалистам в сфере психического здоровья. Известно, что ранняя диагностика состояния, лечение и коррекционные занятия значительно улучшают прогноз заболевания и, как следствие, качество жизни пациентов и их родственников [1, 2]. Существующий запрос родителей

данных пациентов охватывает не только постановку точного диагноза, но и рекомендации по дальнейшему сопровождению и реабилитации детей с аномалиями развития. В этой связи представляется необходимым уточнение клинических и патопсихологических особенностей больных с целью формирования представления о степени нарушения каждой из выделенных ментальных сфер и возможностях когнитивного и социального функционирования данных пациентов [3, 4].

В соответствии с результатами научного поиска предполагается определение патопсихологических профилей больных с различными формами течения аутизма и шизофрении в детском возрасте для более точной диагностики клинически схожих состояний и прогнозирования индивидуальных возможностей реабилитации для каждого больного.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать клиничко-психопатологические, патопсихологические подходы к диагностике расстройств аутистического спектра и шизофрении в детском возрасте.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа выполнена в отделе детской психиатрии (и.о. зав. отделом – в.н.с., к.м.н. Е.Е. Балаки-

рева) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор – проф. Т.П. Ключник).

В исследовательскую выборку вошло 115 пациентов в возрасте 3–15 лет (средний возраст составил 6,5 года).

Критерии включения: в соответствии с установленными по МКБ-10 диагнозами: «Детский аутизм» (F84.02), «Шизофрения, детский тип» (F20.8xx3) [5]. Критерии невключения: другие формы аутизма; сопутствующее тяжелое органическое поражение ЦНС; верифицированные генетические заболевания, включающие аутистический синдром. Сроки катamnестического наблюдения варьировались от 1,5 до 3 лет. Родители пациентов подписывали информированное согласие на участие детей в исследовании.

Т а б л и ц а 1. Социально-демографические показатели выборки обследованных пациентов с расстройствами аутистического спектра и шизофренией в детском возрасте

Показатель	Нозология заболевания							
	Дезинтегративный аутизм (n=19)		Инфантильный психоз (n=43)		Приступообразно-прогредиентная шизофрения (n=15)		Злокачественная шизофрения (n=48)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мужской пол	4	21	37	86	8	53,3	25	66
Женский пол	15	79	6	14	7	46,6	13	34
Дошкольный возраст	13	68,4	27	62,8	0	0	4	10,5
Младший школьный возраст	6	31,6	15	34,9	12	80	30	62,5
Старший школьный возраст	0	0	1	2,3	3	20	4	7
Массовое обучение (ДДУ или школа)	9	47	0	0	2	13,3	0	0
Специализированное обучение для детей с ОВЗ (ДДУ или школа)	8	42	33	76,5	13	86,6	23	60

Основные методы исследования: клиничко-психопатологический, клиничко-динамический, клиничко-катamnестический, патопсихологический.

Для выполнения поставленных задач нами был сформирован специальный диагностический комплекс тестирования на основе методик, использованных в ходе обследования больных всех групп. В процессе патопсихологического обследования пациентов, которое учитывало возрастную периодизацию (пациенты от 3 лет) и прочие особенности испытуемых (уровень психического состояния, степень прогредиентности процессуального заболевания, проявление ретардации психологического развития), применялись следующие методики: Psychoeducational Profile – PEP (Психологообразовательный тест) [6], предоставляющий возможность оценить уровень когнитивного развития ребенка с аномальным развитием, начиная с раннего возраста; патопсихологические методики, в том числе разработанные и в отделе медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ и ориентированные на оценку процессов мышления, воспри-

ятия и особенностей моторики (социальной перцепции) [3, 4, 7]. Две методики (Фигуры Липер и Идентификация формы) были использованы для оценки предметно-содержательного и операционного компонентов зрительного восприятия. Оценку предметно-содержательного и операционного компонентов мышления выполняли по четырём методикам: Пересечение классов, Сравнение понятий, Конструирование объекта, Малая предметная классификация [8]. Методика Рисунок себя применялась для оценки особенностей мелкой моторики в комплексе с субтестами по PEP. Оценка социальной перцепции была произведена по трем методикам: Распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов), Международная система аффективных картин (IAPS), Распознавание ложных убеждений (тест Салли и Энн) [9].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Оценку результатов выполнения Психологообразовательного теста и патопсихологических методик проводили пропорционально набранному баллам в рамках каждой из выделенных сфер.

В случае выполнения ребенком предлагаемых заданий результаты трактовались как положительные и впоследствии входили в комплексную оценку. Если ребенок не выполнял предлагаемое задание, то результаты трактовались как отрицательные. Получение отрицательного результата могло свидетельствовать о вариативности развития: С одной стороны, ребенок мог опережать возрастную норму (результаты по РЕР), с другой – отставать от неё. Также ребенок мог демонстрировать усложненный диссоциированный вариант развития, который сочетает в себе два основных элемента: отставание и опережение.

Так как когнитивно-диагностическая методика РЕР позволяет определять уровень развития ребенка и особенности его познавательных процессов, можно было выявить (в случае наличия такой возможности) патопсихологический профиль, констатацию которого осуществляли путем сопоставления с данными других применявшихся патопсихологических методик. Итоговая комплексная оценка, полученная в результате выполнения диагностического комплекса в целом, являлась основанием для разделения всех обследованных больных на четыре группы с различными уровнями когнитивного развития [4, 7]. Необходимо подчеркнуть, что у всех больных детей присутствовал общий критерий, заключающийся в отставании, но разной степени выраженности, по сфере мелкой моторики как по РЕР, так и по методике Рисунок себя. В то же время выполнение субтестов по остальным сферам РЕР и указанных патопсихологических методик различалось. Варианты когнитивного развития были представлены диссоциированным сочетанием нормативного и опережающего развития с элементами отставания (первая группа); диссоциированным отставанием от нормативного развития по некоторым сферам (вторая группа); грубым отставанием от нормативного развития по всем сферам (третья группа); диссоциированным развитием в ремиссии и прогрессивностью дефекта по ряду сфер на протяжении приступа (четвертая группа) [1].

На основании проведенного анализа результатов, полученных при обследовании испытуемых пациентов четырех описанных групп, каждую из них мы отнесли к определенным видам дизонтогенеза: искаженному, дефицитарному, дефицитарно-прогрессивному с постепенным нарастанием дефекта, регрессивно-дефектирующему [1, 7, 10, 11].

Детский дезинтегративный аутизм (ДДА)

Клиническая характеристика.

У больных с данной формой детского аутизма в клинической картине отмечалось преобладание сенсорных аномалий над кататонической симптоматикой, обусловленных дизонтогенетическими нарушениями. Манифестация диссоциации

сенсорной сферы приходилась на возраст от 6 месяцев до 1,5 лет, когда больные демонстрировали сочетание повышенной и пониженной чувствительности к ряду раздражителей. На фоне происходящих изменений в течение первых 2 лет жизни нарастали аутистические проявления в виде отрешения от окружающего, трудностей контакта, отсутствия интереса к сверстникам, задержки в речевом развитии. С 2-3 лет к состоянию присоединялись стертые кататонические нарушения, характеризующиеся гипердинамией, преходящим гипертонусом в верхних и нижних конечностях, атетозоподобными движениями пальцев рук, гримасами и проявлениями негативизма. Смягчение состояния, как правило, наблюдалось с 3,5-4 лет, когда ослабевали кататонические и сенсорные феномены, возобновлялось становление речи, появлялся активный познавательный интерес [1, 2].

На фоне лечения выраженность признаков аутизма смягчалась (с 35-39 до 25-30 баллов по шкале CARS) [12]. Кататоническая симптоматика фактически редуцировалась (с 10-16 баллов до 3-8 баллов по шкале BFCRS) [13]. По шкале общей оценки социального функционирования отмечалось улучшение показателей до 60-51 баллов, хотя и сопровождалось сложностью включения в учебный процесс, чрезмерной отвлекаемостью, быстрым нарастанием астении, пресыщением интеллектуальной деятельностью, сужением интересов и их сверхценностью, трудностями формирования стойких дружеских связей и понимания ряда социальных ситуаций, недостаточной сформированностью навыков [14].

Патопсихологический профиль

Согласно патопсихологическому обследованию, в основном опирающемуся на объективные данные клинко-психологического анализа, у обследуемых пациентов с ДДА обнаружен искаженный вид когнитивного дизонтогенеза. Помимо того, выявлены асинхронное развитие, неглубокая дезинтеграция когнитивных представлений и вербальной сферы при достаточно высоком уровне их развития. Предметно-содержательный компонент зрительного восприятия был сформирован в соответствии с возрастом, в то время как операционный компонент зрительного восприятия характеризовался незначительным отставанием от возрастной нормы. Также отмечалось своеобразие развития всех компонентов мышления. Имели место удовлетворительная деятельность мелкой и крупной моторики, достаточное развитие мотивационной сферы. Однако встречались асинхрония в развитии зрительно-двигательной координации и отставание от возрастной нормы в развитии эмпатии и социальной перцепции [1].

Инфантильный психоз (ИП)

Клиническая характеристика

Данная группа больных детским аутизмом отличалась доминированием в клинической картине кататонического синдрома. Манифестация заболевания происходила на втором году жизни с появления аутистических явлений в виде отрешенности от окружающего, приостановки в овладении речью, склонности к монотонной активности и стереотипному поведению. Постепенно нарастало кататоническое возбуждение с импульсивностью, негативизмом, преходящим повышением мышечного тонуса, элементами стереотипных движений. К 3,5-4 годам на фоне ослабления кататонической симптоматики возобновлялось развитие речи, сопровождаемое аффективными колебаниями и психопатоподобными нарушениями. Появлялась познавательная активность, но ограниченная в виду быстрой истощаемости, неустойчивости внимания, персистенции гипердинамических нарушений. Основные навыки формировались либо частично, либо с задержкой [1, 2]. На фоне терапии и реабилитации выраженность аутизма смягчалась (с 40-45 до 30-35 баллов по шкале CARS) [12]. Кататонические нарушения в значительной степени купировались (с 15-24 до 10-13 баллов по BFCRS) [13]. По шкале оценки социального функционирования больные набирали от 50 до 41 балла, что соответствовало нарастающему когнитивному дефициту, инфантильности, специфическому выбору интересов, нарушениям и тугоподвижности внимания, эмоциональному уплощению, эгоцентричности, нарушениям эмпатии, стремлению к ограничению круга даже близких контактов, отсутствию расположенности к общению с другими детьми [14].

Патопсихологический профиль

По результатам патопсихологического обследования у детей с ИП обнаруживаются искаженный и дефицитарный виды когнитивного дизонтогенеза. На этом этапе наличие того или иного вида когнитивного дизонтогенеза в большинстве случаев связано не только с длительностью заболевания, но и с возрастом выявления заболевания и коэффициентом интеллекта в целом. Встречается диаметрально противоположная динамика вида когнитивного дизонтогенеза как в ту, так и другую сторону. Прежде всего мы связываем это с ранним выявлением патологического процесса и своевременной адекватной терапией. У больных с ИП наблюдается выраженная диссоциация когнитивного развития. В ряде случаев развитие отдельных сфер может приближаться к нормативному, но наряду с отставанием в других сферах. Также обнаруживаются особенности когнитивного функционирования пациентов с ИП, которые проявляются в выраженной дезинте-

грации когнитивных представлений и вербальной сферы. Вместе с тем большинство обследованных пациентов продемонстрировали нормативное развитие по предметно-содержательному и операционному компонентам зрительного восприятия. Одновременно с этим для них характерно отставание по уровню развития мелкой и крупной моторики, всех компонентов мышления, зрительно-двигательной координации. В частности выявлено существенное отставание от возрастной нормы в развитии эмпатии и социальной перцепции. Также зачастую наблюдается непонимание истинного смысла происходящих социальных ситуаций, что говорит о дефицитарном развитии «социального интеллекта» [1].

Злокачественная шизофрения (ЗШ)

Клиническая характеристика

Злокачественное течение шизофрении в детском возрасте выражается в стремительном нарастании грубой кататонической и регрессивной симптоматики. Формирующийся дефект отличается значительной глубиной поражения и высоким темпом нарастания по сравнению с другими формами шизофрении. Заболевание манифестировало до 3-летнего возраста с началом в виде кататонического синдрома с гипер- и гипокINETическими явлениями, нарушениями сна и аппетита (пищевая избирательность). С течением времени нарастала нажитая аутистическая симптоматика в виде трудностей установления и поддержания контактов, отказа от использования речи, отрешенности от окружающего. Болезненный процесс сопровождался потерей сформированных навыков: речи, ходьбы, опрятности и самообслуживания. Позже, к 3-4 годам, в клинической картине отмечались психопатоподобные явления в виде агрессии к окружающим, аутоагрессии и проявлении патологии влечений. Речь не восстанавливалась. Обучение ключевым навыкам было ограничено в связи с формированием глубокого олигофреноподобного дефекта [15]. На фоне терапии и реабилитации выраженность аутизма смягчалась незначительно (с 45 до 40 баллов по шкале CARS) [12]. Кататонические нарушения были широко представлены и не имели тенденции к смягчению (35 баллов и более по BFCRS) [13]. По шкале оценки социального функционирования состояние больных соответствовало диапазону от 20 баллов и менее (сильно и очень сильно выраженные нарушения во всех познавательных сферах): глубокий когнитивный дефект, отсутствие речевых навыков и реакции на обращение, отстраненность от социальных контактов, эмоциональная монотонность, неспособность самостоятельного обслуживания, агрессивные целенаправленные поступки или хаотичная нецеленаправленная агрессия и аутоагрессия [14].

Патопсихологический профиль

Патопсихологическое обследование пациентов с диагнозом «Шизофрения, детский тип» (F20.8xx3) выявило регрессивно-дефектирующий вид когнитивного дизонтогенеза, характеризующийся грубым отставанием в сравнении с другими описанными профилями. Помимо дефицита развития предметно-содержательного компонента зрительного восприятия, специфичность когнитивных функций проявляется и выраженным отставанием в развитии операционного компонента восприятия. Характерны дефицитарность развития мышления, задержка в развитии моторных функций, отставание от возрастной нормы с дезинтеграцией формирования чувства эмпатии и социальной перцепции. Значительная задержка развития «социального интеллекта» служит причиной искаженно-ошибочного понимания большинства «тонкостей» социальных событий [1].

Приступообразно-прогредиентная шизофрения (ППШ)*Клиническая характеристика.*

Течение данного заболевания отличалось возникновением полиморфных приступов с ремиссиями низкого качества и нарастанием негативной симптоматики после каждого обострения. Болезнь манифестировала в промежутке от 1 года до 3 лет жизни, когда возникал острый полиморфный психотический приступ с ведущими кататоническими расстройствами. Позитивная симптоматика регрессировала после 4 лет, на смену ей приходили невротические и аффективные нарушения, становились очевидными негативные расстройства. Рецидивы аутохтонных психотических симптомов приходились на возрастные кризисы, по мере взросления ребенка в структуре состояния повышалась доля галлюцинаторно-бредовой симптоматики. После перенесенных приступов снижалось когнитивное и социальное функционирование, нарастали эмоциональная холодность, апатия, абulia [15]. На

фоне терапии и реабилитации смягчалась выраженность аутизма (с 45 до 30-25 баллов по шкале CARS) [12]. По шкале оценки кататонии зафиксировано 27-30 баллов в приступе и от 11 до 24 баллов в ремиссии [13]. По шкале социального функционирования зарегистрировано от 40 до 16 баллов, что выражалось нарастающей задержкой интеллектуального развития, заметным отставанием от сверстников, незрелостью или сверхценностью интересов, сложностью переключения внимания и нахождения в коллективе. Навыки были освоены по возрасту, однако выполнялись частично или искаженно. Отмечались вербальные угрозы в адрес окружающих, агрессия к окружающим и/или аутоагрессия, но без намерения нанести серьезный физический ущерб [14].

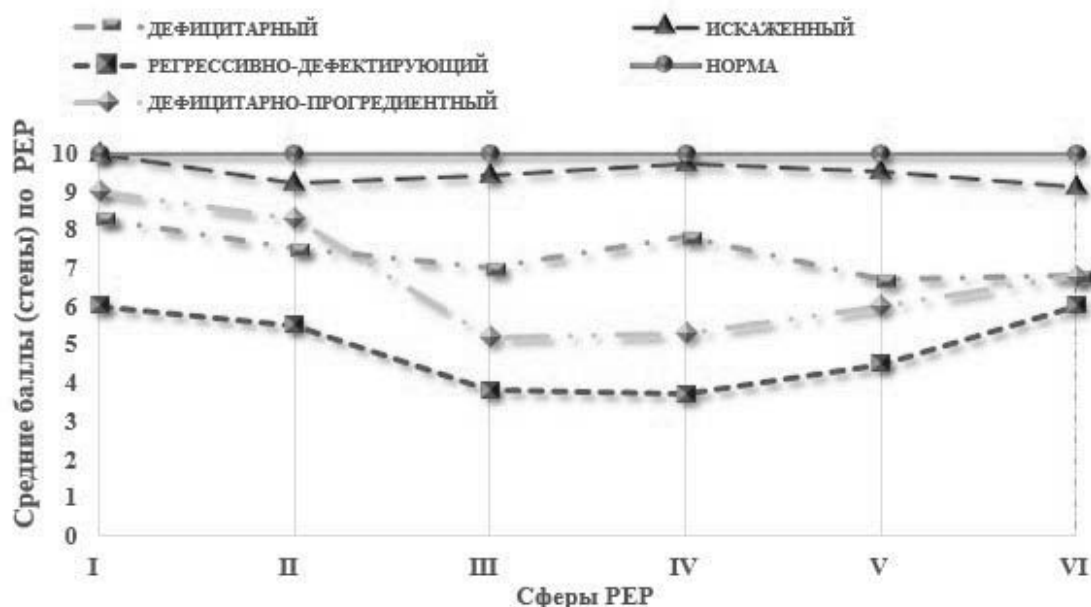
Патопсихологический профиль

Патопсихологическое обследование пациентов с приступообразно-прогредиентной шизофренией показало дефицитарно-прогредиентный вид когнитивного дизонтогенеза с диссоциацией в развитии сфер, подлежащих оценке, и нарастанием проявлений когнитивного дефицита в оцениваемых сферах: операционные и предметно-содержательные компоненты мышления. Помимо нормативного развития зрительного восприятия, наблюдаются специфические нарушения мышления. Влияние когнитивного дефицита при приступообразно-прогредиентном течении заболевания в отношении всех сфер мышления усиливается. Отмечаются проявления моторного дизонтогенеза и частые задержки развития моторных функций, что отражается на формировании письменной переработки информации (трудности при написании букв и слов) и выполнении бытовых (банальное открытие дверного замка ключом или завязывание шнурков обуви) навыков. Дезинтегрированность в развитии эмоционального реагирования и социальной перцепции проявляется в виде эмпатии к неживым объектам, симптома «дерево и стекло».

Т а б л и ц а 2. Динамика состояния обследованных больных с расстройствами аутистического спектра и шизофренией в детском возрасте при различных видах когнитивного дизонтогенеза

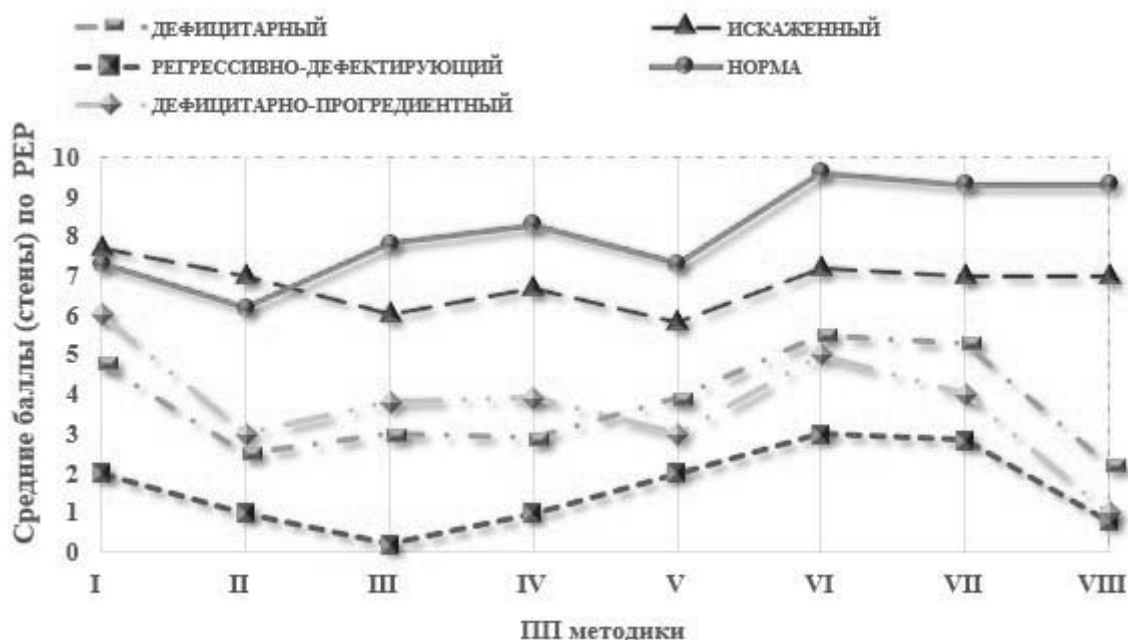
Нозология заболевания	Вид дизонтогенеза	CARS (Me)		BFCRS (Me)		PSP (Me)	
		Точка наблюдения					
		1*	2*	1*	2*	1*	2*
Детский дезинтегративный аутизм (n=19)	Искаженный	37	26	13	5	44	56
Инфантильный психоз (n=43)	Искаженный/дефицитарный	42	33	20	12	35	44
Злокачественная шизофрения (n=38)	Регрессивно-дефектирующий	45	40	35	35	20	15
Приступообразно-прогредиентная шизофрения (n=15)	Дефицитарно-прогредиентный	45	27	28	20	37	24

П р и м е ч а н и е: 1 – острое состояние, первое наблюдение, 2 – ремиссия, катамнез 1,5 года. Статистическая значимость различий: * – $p < 0,05$.



Р и с у н о к 1. Профили развития обследованных больных с расстройствами аутистического спектра и шизофренией в детском возрасте при различных видах когнитивного дизонтогенеза по методике РЕР в сравнении с нормой

П р и м е ч а н и е: по оси абсцисс представлены уровни сформированности разных сфер функционирования по РЕР: I – восприятие, II – мелкая моторика, III – когнитивные представления, IV – вербальная зона, V – общий балл когнитивных шкал, VI – общий балл аутистических шкал; по оси ординат приведены средние баллы в стенах (10-балльная шкала).



Р и с у н о к 2. Профили развития обследованных больных с расстройствами аутистического спектра и шизофренией в детском возрасте при разных видах когнитивного дизонтогенеза по комплексу (батарее) патопсихологических методик в сравнении с нормой

П р и м е ч а н и е: по оси абсцисс воспроизведены патопсихологические методики: I – фигуры Липера, II – идентификация формы, III – Классификация, IV – Конструирование объекта, V – Рисунок, VI – Жесты, VII – Международная система аффективных картин (IAPS), VIII – Распознавание ложных убеждений (тест Салли и Энн); по оси ординат показаны полученные интегративные баллы.

Следует уточнить, что неравномерность профилей психического развития пациентов по оцениваемым сферам социального функционирования в первую очередь связана с низкой продуктивностью познавательной деятельности в связи с эндогенными психическими заболеваниями – диссоциацией психического развития детей с когнитивным дизонтогенезом. Диссоциация отчетливо проявляется во всех группах обследованных детей, кроме нормативной группы с типичным (стандартным) психическим развитием. Из-за снижения показателя общего когнитивного балла и нарастания глубины и тяжести аутистических расстройств наблюдаются недостаток и спад в оцениваемых областях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Патопсихологические профили больных составлялись (конструировались) на основе концепции видов когнитивного дизонтогенеза [3, 4]. Полученные данные, позволившие разработать клинико-психопатологические и патопсихологические подходы к диагностике расстройств аутистического спектра и шизофрении в детском возрасте, углубляют представления о разнообразии и общности клинико-патопсихологических проявлений двух самостоятельных нозологических единиц. В процессе реализации задачи исследования использовался обширный арсенал психологического инструментария с применением отечественных патопсихологических методик и стандартизированных шкал (РЕР) [6]. Характеристика когнитивных профилей больных с ориентиром на определение либо сохранности, либо степени нарушения психологических функций возможна с позиции концепции видов когнитивного дизонтогенеза. Обнаруженные различия можно не только соотнести с уже выделенными видами когнитивного дизонтогенеза [1, 9]: искаженный, дефицитарный и регрессивно-дефектирующий виды, но и присовокупить к ним дефицитарно-прогредиентный вид с постепенным нарастанием дефекта при приступообразно-прогредиентной шизофрении. Подобный подход позволяет одновременно охватить несколько важных функций: дифференциация выделенных групп между собой, индивидуальная оценка динамики психологического развития конкретного ребенка, тщательная и детальная разработка персонализированных подходов (дорожных карт), основная цель которых заключается в последующей адекватной абилитации/реабилитации пациентов.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Совместное исследование не имело спонсорской поддержки.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование проведено с соблюдением положений Хельсинкской декларации 1975 г. по вопросам медицинской этики и её пересмотренного варианта 2000 г., одобрено этическим комитетом ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (протокол № 314 от 21.10.2016 г.).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Иванов М.В., Никитина С.Г. Диагностические, клинико-психопатологические, патопсихологические аспекты обследования детей с расстройствами аутистического спектра. Психиатрия. 2021. Т. 19, № 1. С. 45-53. Simashkova NV, Koval-Zaitsev AA, Ivanov MV, Nikitina SG. Diagnostic, clinical, psychopathological, psychological aspects of the examination of children with autism spectrum disorders. Psikhiatriya. 2021;19(1):45-53. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-45-53> (in Russian).
2. Симашкова Н.В., Ключник Т.П. Расстройства аутистического спектра. В книге: Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. С. 11-43. Simashkova NV, Klyushnik TP. Autism spectrum disorders. In the book: Clinical and biological aspects of autism spectrum disorders. N.V. Simashkova, T.P. Klyushnik, eds. Moscow: GEOTAR-Media, 2016:11-43 (in Russian).
3. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Психологическая диагностика когнитивного дизонтогенеза. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2018. Т. 118, № 5-2. С. 3-11. Zvereva NV, Koval-Zaitsev AA, Khromov AI. Psychological diagnosis of cognitive dysontogenesis. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. Special Issues. 2018;118(5-2):3-11 DOI: 10.17116/jnevro2018118523 (in Russian).
4. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление). М.: Изд-во МБА, 2014. 40 с. Zvereva NV, Koval-Zaitsev AA, Khromov AI. Pathopsychological methods for assessing the cognitive development of children and adolescents with endogenous mental pathology (visual perception and thinking). Moscow: Publishing House ILA, 2014:40 (in Russian).
5. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: ГНЦ СиСП имени В.П. Сербского, 2010. 132 с. Churkin AA, Martyushov AN. A practical guide to the application of the ICD-10 in psychiatry and narcology. Moscow: "State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky", 2010:132 (in Russian).

6. Schopler E, Lansing M D, Reichler R J, Marcus, LM. Examiner's Manual of Psychoeducational Profile (3rd ed.). Austin, TX: Pro-ed Incorporation, 2005. <https://doi.org/10.1037/t52601-000>
7. Зверева Н.В., Хромов А.И., Сергиенко А.А., Коваль-Зайцев А.А. Клинико-психологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (память и восприятие). М: Изд-во «Сам полиграфист», 2017. 48 с. Zvereva NV, Khromov AI, Sergienko AA, Koval-Zaitsev AA. Clinical and psychological methods for assessing the cognitive development of children and adolescents with endogenous mental pathology (memory and perception). Moscow: Publishing House "Sam Polygraphist", 2017:48 (in Russian).
8. Иванова М.М., Бородин Л.Г. Особенности мышления у детей с аутизмом без умственной отсталости. Аутизм и нарушения развития. 2020. Т. 18, № 1 (66). С. 38-50. Ivanova MM, Borodina LG. Cognitive features in autistic children without intellectual disability. *Autism & Developmental Disorders*. 2020;18;1(66):38-50. DOI: <https://doi.org/10.17759/autdd.2020180105> (in Russian).
9. Коваль-Зайцев А.А. Социальная перцепция в контексте видов когнитивного дизонтогенеза у детей с расстройствами аутистического спектра. Дети. Общество. Будущее: сб. науч. статей по материалам III конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». Т. 1. М.: Изд-во КНОРУС, 2020. С. 297-301. Koval-Zaitsev AA. Social perception in the context of types of cognitive dysontogenesis in children with autism spectrum disorders. *Children, Society and Future: Collected Research Papers of the III Congress on Mental Health: Meeting the Needs of the XXI Century*. V. 1. Moscow: Publishing House KNORUS, 2020:250-253 DOI: 10.37752/9785406029381-78 (in Russian).
10. Симашкова Н.В. Дизонтогенез. В книге: Психиатрия: Научно-практический справочник / под ред. А.С. Тиганова. М.: Изд-во «Медицинское информационное агентство», 2016. С. 466-467. Simashkova NV. Dysontogenesis. In the book: *Psychiatry: Scientific and practical guide*. A.S. Tiganov, ed. Moscow: Publishing House "Medical Information Agency", 2016:466-467 (in Russian).
11. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Гусева И.Е. Задачи и методы коррекционной помощи ребенку с аутизмом. Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27, № 1. С. 140-152. Nikolskaya OS, Baenskaya ER, Guseva IE. Goals and methods of correctional aid to a child with autism. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2019;27(1):140-152. DOI: 10.17759/cpp.2019270109 (in Russian).
12. Schopler E, Reichler RJ, Renner BR. The Childhood Autism Rating Scale. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1988.
13. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;93(2):129-136. doi:10.1111/j.1600-0447.1996.tb09814.x
14. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand*. 2000 Apr;101(4):323-9. PMID: 10782554.
15. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). М.: Медицина, 1980. 248 с. Bashina VM. Early childhood schizophrenia (statics and dynamics). Moscow: Publishing House "Medicine", 1980:248 (in Russian).

Поступила в редакцию 10.03.2022
Утверждена к печати 27.05.2022

Никитина Светлана Геннадьевна, м.н.с. отдела детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код РИНЦ 2245-7703, AuthorID РИНЦ 1045664. ResearcherID AAN-3145-2021. Scopus AuthorID 57205876434. ORCID iD 0000-0002-7775-1692.

Коваль-Зайцев Алексей Анатольевич, к.п.н., в.н.с. отдела детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код РИНЦ 5430-4202. AuthorID РИНЦ 685202. ORCID iD 0000-0001-5736-5519. ResearcherID H-7116-2017. Scopus AuthorID 51461586400. E-mail: koval-zaitsev@mail.ru

Балакирева Елена Евгеньевна, и.о. зав. отделом, к.м.н., в.н.с. отдела детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код РИНЦ 7735-2143. ResearcherID C-5777-2018. AuthorID РИНЦ 705839. Scopus AuthorID 8292474300. ORCID iD 0000-0002-3919-7045. E-mail: balakirevalena@yandex.ru

Шушпанова Ольга Владимировна, м.н.с. отдела детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код 8979-9700. Researcher ID S-3346-2016. ORCID iD 0000-0003-3484-3447. E-mail: sertraline@list.ru

Блинова Татьяна Евгеньевна, м.н.с. отдела детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». ORCID iD 0000-0001-8750-8824. E-mail: blinova.tania2015@yandex.ru

Куликов Антон Владиславович, к.м.н., с.н.с. отдела детской психиатрии. ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код РИНЦ 3736-8965, AuthorID РИНЦ 694890. ResearcherID C-6924-2016. Scopus AuthorID 35773365600. ORCID iD 0000-0002-9980-9226. E-mail: tstakul@mail.ru

✉ Никитина Светлана Геннадьевна, nikitina.svt@mail.ru

UDC 616.896:616.895.82:616-079.4:616-003.96-053|465*3/*15|

For citation: Nikitina S.G., Koval-Zaitsev A.A., Balakireva E.E., Shushpanova O.V., Blinova T.E., Kulikov A.V. Diversity and commonality of clinical and pathopsychological manifestations of autism and schizophrenia in childhood. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2022; 2 (115): 16-24. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-16-24](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-16-24)

Diversity and commonality of clinical and pathopsychological manifestations of autism and schizophrenia in childhood

**Nikitina S.G., Koval-Zaitsev A.A., Balakireva E.E.,
Shushpanova O.V., Blinova T.E., Kulikov A.V.**

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

ABSTRACT

Background. Despite many years of studying endogenous mental pathology in childhood and adolescence, specialists working in the field of mental health of the younger generation still have not fully clarified a number of issues related to both the differential diagnosis of common nosologies and the development and implementation of further routes of escort and habilitation of patients. Early polyprofessional diagnosis of patients, treatment and psychological and psychotherapeutic correction significantly improve the prognosis of the disease and, as a result, the quality of life of patients and their relatives. Because of this, it is of particular importance to clarify the clinical and psychopathological characteristics and pathopsychological characteristics of patients in order to form a legitimate idea of the degree of impairment of each of the identified mental spheres and the possibilities of cognitive and social functioning of this category of patients. Based on the results of scientific research, it is planned to create pathopsychological profiles of patients with different forms of autism and schizophrenia in childhood for more accurate diagnosis of clinically similar conditions and predicting individual rehabilitation opportunities for each patient. **Objective:** to develop clinical-psychopathological, pathopsychological approaches to the diagnosis of autism spectrum disorders and schizophrenia in childhood. **Material and Methods.** The study sample included 115 patients aged 3 to 15 years (mean age 6.5 years) with ICD-10 diagnoses: 'children's autism' (F84.02), 'schizophrenia, childhood type' (F20.8xx3) [5]. Patients were examined by clinical-psychopathological, clinical-dynamic, clinical-catamnestic, pathopsychological methods. The results obtained were compared with a normative database that included data from a psychological examination of healthy children and adolescents. **Results.** Based on the clinical-psychopathological and pathopsychological positions, the profiles of four types of cognitive dysontogenesis were identified and described: distorted, deficient, deficient-progredient with a gradual increase in defect, regressive-defective. Along with solving the problem of polyprofessional differential diagnosis, this approach activated the understanding and creation of the most effective route for habilitation of patients.

Keywords: autism, schizophrenia, clinical-psychopathological and pathopsychological diagnostics, cognitive dysontogenesis, pathopsychological profile, psychological educational test.

Received March 10.2022

Accepted May 27.2022

Nikitina Svetlana G., Junior Researcher of the Department of Child Psychiatry. Federal State Budgetary Scientific Institution "Mental Health Research Center". Moscow, Russia. SPIN-code RISC 2245-7703, AuthorID RISC 1045664. ResearcherID AAN-3145-2021. Scopus AuthorID 57205876434. ORCID iD 0000-0002-7775-1692.

Koval-Zaitsev Aleksey A., PhD, Lead Researcher of the Department of Child Psychiatry, Federal State Budgetary Scientific Institution «Mental Health Research Center». Moscow, Russia. SPIN-code RISC 5430-4202. AuthorID RISC 685202. ORCID iD 0000-0001-5736-5519. ResearcherID H-7116-2017. Scopus AuthorID 51461586400. E-mail: koval-zaitsev@mail.ru

Balakireva Elena E., Head of the Department, PhD, Lead Researcher of the Department of Child Psychiatry. Federal State Budgetary Scientific Institution «Mental Health Research Center». Moscow, Russia. SPIN-code RISC 7735-2143. ResearcherID C-5777-2018. AuthorID RISC 705839. Scopus AuthorID 8292474300. ORCID iD 0000-0002-3919-7045. E-mail: balakirevalena@yandex.ru

Shushpanova Olga V., Junior Researcher of the Department of Child Psychiatry. Federal State Budgetary Scientific Institution «Mental Health Research Center». Moscow, Russia. SPIN-code 8979-9700. Researcher ID S-3346-2016. ORCID iD 0000-0003-3484-3447. E-mail: sertraline@list.ru

Blinova Tatyana E., Junior Researcher of the Department of Child Psychiatry. Federal State Budgetary Scientific Institution «Mental Health Research Center». Moscow, Russia. ORCID iD 0000-0001-8750-8824. E-mail: blinova.tania2015@yandex.ru

Kulikov Anton V., PhD, Senior Researcher of the Department of Child Psychiatry Federal State Budgetary Scientific Institution «Mental Health Research Center». Moscow, Russia. SPIN-code RSCI 3736-8965, AuthorID RSCI 694890. ResearcherID C-6924-2016. Scopus AuthorID 35773365600. ORCID iD 0000-0002-9980-9226. E-mail: tstakul@mail.ru



Nikitina Svetlana G., nikitina.svt@mail.ru

УДК 616.89-008.434-053|464.1*18*36|616-071:159.9.072

Для цитирования: Раева Т.В., Леонова А.В. Объективные критерии диагностики индивидуальных особенностей психического онтогенеза детей раннего возраста с задержкой речевого развития. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 2 (115). С. 25-30. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-25-30](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-25-30)

Объективные критерии диагностики индивидуальных особенностей психического онтогенеза детей раннего возраста с задержкой речевого развития

Раева Т.В., Леонова А.В.

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России
Россия, 625023, Тюмень, ул. Одесская, д. 54

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Грамматическая неправильность речи, несформированность речевой и коммуникативной функций часто вызваны дисрегуляцией познавательного, логического и вербального мышления. Вместе с тем в последние годы происходит существенный рост распространенности задержки речевого развития, которая не связана с нарушением интеллекта детей, сенсорными и неврологическими поражениями, но нередко сочетается с другими проблемами их нейropsychического развития и приводит к значительным нарушениям социального взаимодействия. В случаях отсутствия благоприятного онтогенеза изолированное применение логопедической коррекции речевых нарушений не является достаточным. Дети с дисгармоничным развитием нуждаются в углубленном исследовании речевой, психомоторной и эмоционально-поведенческих сфер. В то же время психиатры отмечают трудности в диагностике психических расстройств пограничного уровня у детей раннего возраста с задержкой речевого развития. **Цель:** обосновать целесообразность методик дифференцированной диагностики нарушений в психомоторной и эмоционально-поведенческой сферах детей раннего возраста с задержкой речевого развития. **Материал исследования.** В основную группу (n=100) вошли дети от 1,5 до 3 лет с диагнозом «Расстройство экспрессивной речи» (F80.1 по МКБ-10). Контрольная группа (n=50) – дети с типичным речевым развитием, обследованные психиатром в связи с плановым медицинским осмотром. **Методы:** клиничко-психопатологический, контекстуальный анализ поведения. Клиничко-диагностические методики: психодиагностический тест График нервно-психического обследования младенцев (ГНОМ), Шкала диагностики развития младенцев Бейли, опросник Лист детского поведения Ахенбаха. Статистическую обработку данных проводили с помощью дескриптивных методов. **Результаты.** Выявлены и оценены психические расстройства у детей в психомоторной, эмоциональной и поведенческой сферах. Обоснована необходимость участия детского психиатра в диагностике и реабилитации детей с задержкой речевого развития. Использование разработанной в результате исследования диагностической схемы с включением клиничко-диагностических методик позволит своевременно обнаруживать и корректировать сопутствующие психические нарушения у детей раннего возраста с задержкой речевого развития, что будет способствовать их гармоничному развитию, снижению риска развития стойких и выраженных психических расстройств в будущем, улучшению адаптации и качества жизни семьи в целом.

Ключевые слова: нарушения развития, задержка речевого развития, дети раннего возраста, психомоторное развитие, эмоциональные и поведенческие нарушения, диагностика, комплексная реабилитация.

ВВЕДЕНИЕ

Благодаря достигнутому в настоящее время успехам в научной и практической психиатрии всё больше внимания стало уделяться не только выраженным, но и менее заметным, негрубым психическим нарушениям у детей, в том числе раннего возраста. Необходимость ранней диагностики самых первых проявлений психической патологии обосновывает актуальность развития микропсихиатрии как самостоятельного раздела детской психиатрии [1]. Это позволяет предотвращать проблемы в нейropsychическом развитии детей на самых ранних этапах их формирования. Однако специалисты (педиатры, неврологи), как

правило, сосредотачивают главное внимание на выявлении и диагностике явной клиничко-психопатологической симптоматики, а родители застревают на речевом отставании, игнорируя слабо выраженные психопатологические симптомы пограничного уровня в эмоциональной и поведенческой сферах в раннем детском возрасте, которые часто остаются незамеченными [2].

Состояние, при котором у детей наблюдается задержанное развитие экспрессивной речи при относительно нормальном психическом, неврологическом и соматическом благополучии, в мировом психиатрическом сообществе терминологически описывается разнообразно.

В зарубежной литературе часто используется термин «late talkers», наиболее точно соответствующий отечественному понятию «задержка речевого развития» (ЗРР). Данная патология относится к нарушениям речи, характеризующимся отсутствием отдельных слов или близких к ним речевых образований к двум годам и фразовой речи к трем годам [3]. Следует иметь в виду, что восприятие и понимание обращенной речи в этом случае практически не страдает. По данным иностранных источников, распространенность речевых нарушений в детском контингенте колеблется от 3,8% до 15,6% [4, 5]. Точные эпидемиологические сведения относительно ЗРР в доступной для нас научной литературе не обнаружены.

В большинстве случаев ЗРР сопровождается другими проблемами и трудностями, которые могут касаться разных сторон жизни детей [6, 7, 8]. Так, встречаются убедительные данные о сопутствующих нарушениях в мелкой моторике при ЗРР у детей [9]. В исследованиях последних лет показано количественно, что доля поведенческих и эмоциональных проблем у детей дошкольного возраста с речевой патологией значительно выше, чем среди их ровесников с типичным развитием речи [10, 11, 12, 13]. Рано возникшие эмоциональные и поведенческие нарушения, которые часто сопровождают задержку речевого развития у детей раннего возраста, со временем могут иметь негативные последствия для успешной учебной и социальной адаптации в более старшем возрасте [14]. Таким образом, существует необходимость разработки ранней диагностики нарушений нейropsychического развития детей в возрасте до трех лет, сопутствующих ЗРР.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обосновать целесообразность методик дифференцированной диагностики нарушений в психомоторной и эмоционально-поведенческой сферах детей раннего возраста с задержкой речевого развития.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе «Центра патологии речи и нейрореабилитации» г. Тюмени. В основную группу (n=100) были включены дети с диагнозом по МКБ-10 «Расстройство экспрессивной речи» (рубрика F80.1), соответствующим понятию ЗРР. Критерии исключения из исследования: грубая психическая патология (в том числе неврологической природы), умственная отсталость, сенсорное поражение слуховой системы, воздействие средовых повреждающих факторов. Возраст детей был от 1,5 до 3 лет. Медиана ($M_{\text{возр}}$) 26,9 месяца, стандартное отклонение (SD) 5,5. Выявленное преобладание мальчиков над девочками (70% против 30%) соответствует опубликованным общемировым данным о более высокой

распространенности нарушений речи у лиц мужского пола [5].

Контрольная группа (n=50) была сформирована из детей, сопоставимых с основной группой по возрасту, но имеющих типичное речевое развитие, обратившихся к психиатру в связи с плановым медицинским осмотром в 2 года или перед поступлением в детское дошкольное учреждение.

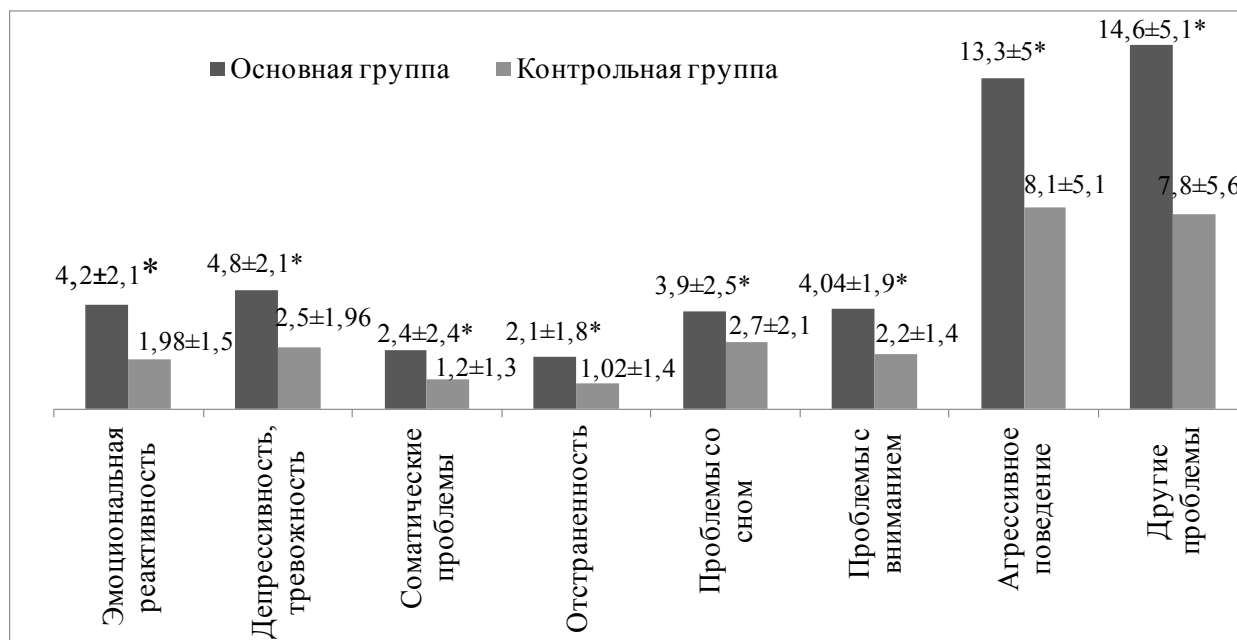
В исследовании использовались клинико-психопатологический метод, контекстуальный анализ поведения ребенка. Дополнительно применялись клинико-диагностические методики: психодиагностический тест ГНОМ по оценке отдельных когнитивных функций и общих моторных навыков (Козловская Г.В., 2002), шкалы развития младенцев Бейли: умственная (Mental Scale) и моторная (Motor Scale) (Bayley N., 1969), Контрольный список/Лист детского поведения (CBCL 1½-5) (Achenbach T.M., 1999) для оценки поведенческих и эмоциональных проблем. Статистическая обработка данных проводилась с помощью дескриптивных методов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее частой жалобой, вызвавшей обращение родителей к психиатру, была агрессивность детей. Однако наблюдение за детьми с ЗРР во время свободной игры и при выполнении заданий обнаружило ряд расстройств: неустойчивость эмоционального фона (52%), обилие лишних движений и их недостаточную целенаправленность (50%) как признаки синдрома гиперактивности, протестное поведение, капризность, обидчивость и плаксивость (47%), агрессивность (32%), неконтролируемую двигательную активность (34%), боязливость и пугливость (29%). На этом этапе обследования выявленные у ребенка психопатологические симптомы трудно было квалифицировать как отдельное психическое расстройство.

Для более углубленного изучения и количественного измерения применялась стандартизованная методика Лист детского поведения (опросник для родителей из 100 пунктов). Согласно полученным данным, в основной группе эмоционально-поведенческие нарушения наблюдались в 4 раза чаще (42%), чем в контрольной группе (10%). Как показано на рисунке 1, статистически значимые различия обнаружены по всем шкалам методики Лист детского поведения между детьми без ЗРР и детьми, имеющими данное нарушение речи.

Проведение кластерного анализа данных клинического обследования детей с ЗРР в совокупности с результатами обследования по методике Лист детского поведения позволило выделить три типа эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с ЗРР.



Р и с у н о к 1. Сравнительное распределение эмоциональных и поведенческих нарушений у детей основной и контрольной групп (по данным методики Лист детского поведения)

Статистическая значимость различий: * – $p < 0,001$.

В группах обследованных детей обнаружено преобладание эмоционально-лабильного (68%) типа нарушений, характеризующегося капризностью, раздражительностью, нарушениями сна и внимания. С меньшей частотой встречались отстраненный (18%) тип, сопровождающийся замкнутостью, тревожностью, соматическими проблемами, а также протестный (14%) тип, ключевыми признаками которого являются разрушительное, импульсивное поведение и агрессия.

Таким образом, для выявления эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с ЗРР использование исключительно клинического метода не является достаточным. Применение методики Лист детского поведения способствует дифференцированному выявлению нарушений с возможностью их количественного измерения.

Кроме того, детям из основной группы было проведено обследование по шкале Бейли, включающей оценку умственного, психомоторного развития и оценку поведения. По умственной шкале у всех детей (100%) с ЗРР зарегистрированы сниженные баллы в связи с невозможностью выполнения заданий, касающихся экспрессивной речи (повторение заданной речевой конструкции). По шкале психомоторного развития у детей с ЗРР в возрасте от 18 до 23 месяцев идентифицированы затруднения при выполнении заданий по определению уровня развития общей (38%) и мелкой (46%) моторики. В возрасте от 24 до 36 месяцев у детей с ЗРР вызвали трудности задания с мелкими предметами, тонкими движениями рук

(52%), что свидетельствовало о нарушении статической и динамической координации. В то время как задания на общую моторику представляли затруднения лишь для 16% обследованных детей. По оценочной шкале поведения большинство детей с ЗРР получили баллы, соответствующие нормальному развитию (92%). Остальные 8% имели пограничные с нормой результаты.

В дальнейшем все дети были обследованы с помощью методики ГНОМ (график нервно-психического обследования), применение которой занимает не более 10-12 минут, что крайне важно в условиях амбулаторного приема психиатра. Сравнительный анализ результатов субтестов методики ГНОМ, направленных на определение нервно-психического развития детей, показывает, что значения коэффициента психического развития и уровень познавательных функций в контрольной группе статистически значимо выше ($p < 0,05$), чем в основной группе. Дети с ЗРР отстают от здоровых детей в психическом развитии, формировании познавательных функций.

Установлена сопоставимость результатов методов измерений, зарегистрированных при обследовании по шкале развития младенцев Бейли (заполнение бланка которой занимает у специалиста до 1,5 часов) и по методике ГНОМ (выполнить которую психиатр может за 10 минут), простота и краткость применения которой позволяют использовать её в качестве экспресс-скринингового инструментария для диагностики психического развития детей с ЗРР.

Отсутствие внимания родителей к нарушениям со стороны психической и двигательной сфер детей наряду с тотальным сосредоточением на трудностях речевого функционирования обуславливает необходимость применения комплексного подхода в диагностике нейropsychического развития детей с ЗРР [15].

При этом одним из актуальных вопросов является своевременная и точная диагностика имеющихся у ребенка симптомов психических расстройств в эмоциональной и поведенческой сферах, психомоторном развитии. Несмотря на выступающую на передний план речевую патологию, с целью коррекции которой зачастую происходит первичное обращение к специалистам психолого-педагогических и логопедических организации, следует помнить о высокой вероятности наличия сопутствующей психической патологии, которая в раннем детском возрасте носит рудиментарный и мозаичный характер, а в дошкольном и школьном возрастах может оказывать негативное влияние на социальную адаптацию детей [16]. Это связано как с близким расположением языковых и поведенческих центров в головном мозге, так и с необходимостью владения речью для социализации и интеграции в коллективе, так как от степени социализации зависит развитие самоконтроля и распознавания эмоций окружающих людей [2]. Применение клинко-психопатологического метода в микропсихиатрии как единственного зачастую является недостаточным. У детей от 1,5 до 3 лет, имеющих задержанное речевое развитие, как показало наше исследование, только психопатологическое обследование являлось мало информативным. Требовалось включение в обследование детей с ЗРР методик более высокого уровня объективизации особенностей нейropsychического развития. Были подобраны методики, позволяющие устранить имеющиеся недостатки диагностики в рамках рутинного приема психиатра. Психодиагностический тест ГНОМ, используемый как скрининговый метод исследования особенностей развития психической и двигательной сфер ребенка, показал сопоставимые результаты с данными, полученными по шкале развития младенцев Бейли. При помощи методики Лист детского поведения возможно углубленное изучение эмоционально-поведенческих нарушений, предоставляя количественную оценку и акцентируя внимание родителям на развитии ребенка в целом, а не только на трудности с речью. Следует иметь в виду, что выявление клинического диапазона нарушений по шкалам проанализированных методик подтверждается клинко-психопатологическим методом и не может использоваться в качестве единственного инструмента диагностики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Благодаря расширению знаний об особенностях психических нарушений у детей раннего возраста с ЗРР и дополнительному использованию помимо клинко-психопатологического обследования специально подобранных психометрических шкал выявлены и оценены психические расстройства в психомоторной, эмоциональной и поведенческой сферах. Наличие нарушений в этих сферах у детей с ЗРР обосновывает необходимость участия в их диагностике и реабилитации детского психиатра. Использование разработанной в результате собственного исследования диагностической схемы, включая методики ГНОМ и Лист детского поведения, позволяет своевременно распознавать и корректировать сопутствующие психические нарушения у детей с ЗРР раннего детского возраста, что способствует их гармоничному развитию, снижению риска развития стойких и выраженных психических расстройств в будущем, улучшению адаптации и качества жизни семьи в целом.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Совместное исследование не имело спонсорской поддержки.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование проведено с соблюдением положений Хельсинкской декларации 1975 г. по вопросам медицинской этики и её пересмотренного варианта 2000 г., одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» (протокол заседания этического комитета № 5 от 8 декабря 2021 г.).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Козловская Г.В., Симашкова Н.В., Иванов М.В., Калинина М.А., Кремнева Л.Ф., Крылатова Т.А., Шимонова Г.Н., Воронкова Н.А., Воскресенская С.А., Семенова Н.В. Эпидемиология психических нарушений в раннем и дошкольном возрасте (от 0 до 5 лет включительно) на сплошном и выборочном контингенте в микропсихиатрии. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021. Т. 21, № 1. С. 4-13. Kozlovskaya GV, Simashkova NV, Ivanov MV, Kalinina MA, Kremneva LF, Krylatova TA, Shimonova GN, Voronkova NA, Voskresenskaya SA, Semenova NV. Epidemiology of mental disorders in early and preschool aged children (0 to 5 years) on a continuous and selective contingent in micropsychiatry. Issues of Mental Health of Children and Adolescents. 2021;21(1):4-13 (in Russian).
2. Petersen IT, Bates JE, D'Onofrio BM, Coyne CA, Lansford JE, Dodge KA, Pettit GS, Van Hulle CA. Language ability predicts the development of behavior problems in children. J Abnorm Psychol.

- 2013 May;122(2):542-57. doi: 10.1037/a0031963. PMID: 23713507; PMCID: PMC3760166.
3. Бобылова М.Ю., Браудо Т.Е., Казакова М.В., Винярская И.В. Задержка речевого развития у детей: введение в терминологию. Русский журнал детской неврологии. 2017. № 1. С. 56-62. Bobylova MYu, Braudo TE, Kazakova MV, Vinyarskaya IV. Delayed speech development in children: an introduction to terminology. Russian Journal of Child Neurology. 2017;1:56-62. doi.org/10.17650/2073-8803-2017-12-1-56-62 (in Russian).
4. Yasin AH, Aksu H, Özgür E, Özgür BG. Speech and language delay in childhood: a retrospective chart review. ENT Updates 2017;7(1):22-27. doi:10.2399/jmu.2017001004.
5. Committee on the Evaluation of the Supplemental Security Income (SSI) Disability Program for Children with Speech Disorders and Language Disorders; Board on the Health of Select Populations; Board on Children, Youth, and Families; Institute of Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Speech and Language Disorders in Children: Implications for the Social Security Administration's Supplemental Security Income Program. Rosenbaum S, Simon P, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 Apr 6. PMID: 27123507.
6. Выготский Л.С. Мышление и речь. СПб.: Изд-во Питер, 2019. 432 с. Vygotsky LS. Thinking and speech. St. Petersburg: Piter Publishing House, 2019:432 (in Russian).
7. Давидович Л.Р., Ромусик М.Н. Превентивные подходы к речевому развитию детей младенческого и раннего возраста. Дошкольное воспитание. 2018. № 5. С. 23-29. Davidovich LR, Romusik MN. Preventive approaches to speech development of children of infantile and early age. Preschool Education. 2018;5:23-29 (in Russian).
8. Thurm A, Manwaring SS, Cardozo Jimenez C, Swineford L, Farmer C, Gallo R, Maeda M. Socioemotional and behavioral problems in toddlers with language delay. Infant Ment Health J. 2018 Sep;39(5):569-580. doi: 10.1002/imhj.21735. Epub 2018 Aug 14. PMID: 30105861; PMCID: PMC6245647.
9. Герасименко Ю.В. Сравнительный анализ особенностей двигательного развития детей раннего возраста с нормальным и задержанным речевым развитием. Теория и практика общественного развития. 2015. № 12. С. 478-481. Gerasimenko YuV. Comparative analysis of the features of the motor development of young children with normal and delayed speech development. Theory and Practice of Social Development. 2015;12:478-481 (in Russian).
10. Раева Т.В., Леонова А.В. Задержка речевого развития и эмоционально-поведенческие проблемы у детей раннего возраста. Обзор литературы. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2018. Т. 9, № 4. С. 590-598. Raeva TV, Leonova AV. Delayed speech development and emotional-behavioral problems in young children. Literature review. Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology. 2018;9(4):590-598 (in Russian).
11. Коваль О.А. Связь психологического развития дошкольников, имеющих речевую патологию, и уровня развития эмоционального интеллекта родителей [Электронный ресурс]. Клиническая и специальная психология. 2020. Т. 9, № 1. С. 142-168. Koval OA. The connection between the psychological development of preschool children with speech pathology and the level of development of the emotional intelligence of parents [Electronic resource]. Clinical and Special Psychology. 2020;9(1):142-168. doi:10.17759/cpse.2020090108 (in Russian).
12. Куфтык Е.В., Одинцова М.С. Изучение коммуникативных способностей дошкольников с тяжелыми нарушениями речи [Электронный ресурс]. Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 7, № 2. С. 70-82. Kuftyak EV, Odintsova MS. The study of the communicative abilities of preschool children with severe speech disorders [Electronic resource]. Clinical and Special Psychology. 2018;7(2):70-82 doi: 10.17759/psyclin.2018070205 (in Russian).
13. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А., Анисимова Т.И., Чередниченко Д.В. Поведенческие нарушения у детей с расстройствами речевого развития. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021. Т. 121, № 5. С. 57-61. Chutko LS, Surushkina SYu, Yakovenko EA, Anisimova TI, Cherednichenko DV. Behavioral disorders in children with specific language impairment. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2021;121(5):57-61. https://doi.org/10.17116/jnevro202112105157 (in Russian).
14. Vuksanovic JR. Relationship between social interaction bids and language in late talking children. Int J Speech Lang Pathol. 2015 Dec;17(6):527-536. doi: 10.3109/17549507.2015.1010579. Epub 2015 Mar 28. PMID: 25816869.
15. Раева Т.В., Леонова А.В. Психические нарушения у детей раннего возраста с задержкой речевого развития. Тюмень: Изд-во «Айвекс», 2020. 168 с. Raeva TV, Leonova AV. Mental disorders in young children with delayed speech development. Tyumen: Ayveks Publishing House, 2020:168 (in Russian).
16. Дашиева Б.А., Карауш И.С., Куприянова И.Е. Медико-психологическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 5 (62). С. 33-35. Dashieva BA, Karaush IS, Kupriyanova IE. Medical and psychological support for children with disabilities. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2010;5(62):33-35 (in Russian).

Поступила в редакцию 15.03.2022

Утверждена к печати 27.05.2022

Раева Татьяна Викторовна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, Тюменский государственный медицинский университет. ORCID iD 0000-0002-0771-6656. SPIN-код 9670-8681. AuthorID 251503. raevatyana@rambler.ru

Леонова Алена Владимировна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии, Тюменский государственный медицинский университет. ORCID iD 0000-0003-2353-4905. SPIN-код 3976-0129 AuthorID 966852.

✉ Леонова Алена Владимировна, a.v.kononova@gmail.com

UDC 616.89-008.434-053|464.1*18*36|:616-071:159.9.072

For citation: Raeva T.V., Leonova A.V. Objective criteria for diagnosing individual characteristics of mental ontogenesis in young children with delayed speech development. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2022; 2 (115): 25-30. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-25-30](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-25-30)

Objective criteria for diagnosing individual characteristics of mental ontogenesis in young children with delayed speech development

Raeva T.V., Leonova A.V.

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Tyumen State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation
Odesskaya Street 54, 625023, Tyumen, Russian Federation*

ABSTRACT

Background. Grammatical incorrectness of speech, lack of formation of speech and communicative functions are often caused by dysregulation of cognitive, logical and verbal thinking. At the same time, in recent years there has been a significant increase in the prevalence of speech development delay, which is not associated with impaired intelligence of children, sensory and neurological lesions, but is often combined with other problems of their neuropsychic development and leads to significant impairments in social interaction. In cases where there is no favorable ontogenesis, the isolated use of speech therapy correction of speech disorders is not sufficient. Children with disharmonious development need an in-depth study of speech, psychomotor and emotional-behavioral spheres. At the same time, psychiatrists note the difficulties in diagnosing borderline mental disorders in young children with delayed speech development. **Objective:** to substantiate the expediency of methods for differentiated diagnosis of disorders in the psychomotor and emotional-behavioral spheres of children of early age with delayed speech development. **Study Material.** The main group included children (n=100) aged 1.5 to 3 years with a diagnosis of Expressive language disorder (ICD-10 F80.1). The control group (n=50) consisted of children with typical speech development examined by a psychiatrist in connection with a planned medical examination. **Methods:** clinical-psychopathological, contextual analysis of behavior. Clinical and diagnostic methods: psychodiagnostic test Schedule of neuropsychological examination of infants (GNOM), Bailey scale for diagnosing the development of infants, Achenbach's Child Behavior Sheet questionnaire. Statistical data processing was carried out using descriptive methods. **Results.** Mental disorders in children in the psychomotor, emotional and behavioral spheres were identified and assessed. The necessity of participation of a child psychiatrist in the diagnosis and rehabilitation of children with delayed speech development is substantiated. The use of the diagnostic scheme developed as a result of the study with the inclusion of clinical diagnostic methods will allow timely detection and correction of concomitant mental disorders in young children with delayed speech development, which will contribute to their harmonious development, reducing the risk of developing persistent and severe mental disorders in the future, improving the adaptation and quality of life of the family as a whole.

Keywords: developmental disorders, delayed speech development, young children, psychomotor development, emotional and behavioral disorders, diagnostics, complex rehabilitation.

Received March 15.2022

Accepted May 27.2022

Raeva Tatyana V., MD, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology, Tyumen State Medical University. Tyumen, Russian Federation ORCID iD 0000-0002-0771-6656. SPIN-code 9670-8681. AuthorID 251503. raevatyana@rambler.ru

Leonova Alena V., PhD, associate professor of the Department of Psychiatry and Narcology, Tyumen State Medical University. Tyumen, Russian Federation. ORCID iD 0000-0003-2353-4905. SPIN-code 3976-0129 AuthorID 966852.

✉ Leonova Alena V., a.v.kononova@gmail.com

УДК 616.899.2-053|465*06/*07|(571.54/56)=161.1=512.31

Для цитирования: Лазо Ю.В., Клинова М.А., Сахаров А.В. Этнокультуральные особенности формирования и клинического течения умственной отсталости у детей старшего дошкольного возраста, проживающих на территории Забайкальского края. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 2 (115). С. 31-38. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-31-38](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-31-38)

Этнокультуральные особенности формирования и клинического течения умственной отсталости у детей старшего дошкольного возраста, проживающих на территории Забайкальского края

Лазо Ю.В.^{1, 2}, Клинова М.А.¹, Сахаров А.В.¹

¹ ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России
Россия, 672000, Чита, ул. Горького, 39А

² ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер»
Россия, 672000, Чита, ул. Верховенская, 1

РЕЗЮМЕ

Актуальность. В нозологической структуре психических расстройств детско-подросткового контингента преобладают нарушения интеллекта. В середине 2000-х гг. была определена корреляционная взаимосвязь между клиническими проявлениями задержки психического развития (экологообусловленными когнитивными расстройствами) и нейроиммунноэндокринными нарушениями у детей в экологически неблагоприятном регионе Забайкалья. Изучение региональных особенностей формирования и развития интеллектуальных расстройств среди детей, проживающих в различных субъектах РФ, всегда представляло интерес для отечественных психиатров и служило стимулом разработки научно-обоснованных программ комплексной реабилитации детей с умственной отсталостью. **Цель:** изучение основных клинических проявлений интеллектуальных нарушений у детей 6-7-летнего возраста, проживающих в Забайкальском крае, с учетом этнокультуральных особенностей. **Материал и методы.** Исследование трехэтапное: 1) сбор и обработка архивных материалов (заболеваемость и болезненность психическими расстройствами на 100 тысяч детского населения, 2) сплошное обследование 6-7-летних детей, проживающих в г. Чите (n=713) и в пгт. Агинское (n=259). Психические и поведенческие расстройства диагностированы по МКБ-10, 3) оценка факторов риска развития умственной отсталости у детей Забайкальского края при помощи многофакторного пошагового регрессионного анализа. **Результаты.** Установлена недостаточная выявляемость умственной отсталости среди детей Агинского Бурятского округа. В выборке детей бурятской национальности с более высокой частотой встречались рассеянная неврологическая симптоматика, общая двигательная заторможенность и психическая тормозимость. При проведении нейропсихологического обследования у таких детей выявлена незрелость теменной коры и общая мозговая незрелость. **Заключение.** Этнокультуральный фактор необходимо считать значимым в возникновении умственной отсталости, что подтверждено результатами факторного анализа.

Ключевые слова: дети, основные симптомы умственной отсталости, интеллектуальные способности, снижение интеллектуального развития, этнокультуральный аспект, коренное население.

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы вопросы этнокультуральной психиатрии не теряют научно-практической значимости, так как в современных условиях жизни этничность титульных этносов разных республик, регионов и областей в полиэтническом пространстве РФ выражается в стремлении представителей традиционных культур к сохранению национальной идентичности, в том числе путем сбережения здоровья, в частности психического. Не менее актуальна в этом аспекте проблема изучения и сохранения психического здоровья детей этнокультуральных регионов.

Стоит отметить, что эпидемиологические исследования, проведенные в разных регионах России, подтверждают высокую долю интеллектуальных нарушений, включая умственную отсталость (УО), в общей структуре психических расстройств у детей [1, 2, 3]. Кроме того, в структуре детской инвалидности психические расстройства и расстройства поведения занимают первое рейтинговое место, при этом их доля постоянно увеличивается за счет умственной отсталости [4]. Серьезное ухудшение психического здоровья детей является важным медицинским и социально значимым аспектом для психиатрии [5].

В то же время вопросы интеллектуальных нарушений среди детей этнических групп затрагиваются лишь частично [6]. В работах, проведенных в Республике Бурятия и на Алтае, показана высокая распространенность умственной отсталости и других психических расстройств у детей бурятской национальности в сравнении с представителями славянского этноса [7, 8].

В Забайкальском крае расположен Агинский Бурятский округ (далее – АБО), где большинство (61%) населения представлено бурятами и преобладают сельские (70%) жители, при этом ранее исследования психического здоровья детей в округе не проводились. Изучение особенностей интеллектуальных расстройств среди детей Забайкальского края в этнокультуральном контексте в настоящее время особенно актуально, так как приоритетность проведения своевременной диагностики и внедрения мер профилактики психических расстройств очевидна. На сегодняшний день наиболее востребованным направлением является разработка лечебно-реабилитационной персонализированной маршрутизации пациентов с целью реализации проектов и здоровьесберегающих программ в сфере общественного и индивидуального здоровья, часть из которых направлена на психологическую и психофизическую адаптацию детей с разными видами умственной отсталости [9, 10, 11, 12, 13].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение основных клинических проявлений интеллектуальных нарушений у детей 6-7-летнего возраста, проживающих в Забайкальском крае, с учетом этнокультуральных особенностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании применялся трехэтапный комплексный подход. На первом этапе были обработаны архивные материалы ГУ «Территориальный орган Федеральной службы Государственной статистики по Забайкальскому краю», произведена выкопировка данных из учетных форм № 030-1/у-02: показатели заболеваемости и болезненности психическими расстройствами у детей (на 100 тысяч детского населения).

На втором этапе методом сплошного обследования определена структура психических расстройств у детей в возрасте 6-7 лет, проживающие в столице Забайкальского края г. Чите (n=713) и в административном центре АБО пгт. Агинское (n=259). Клиническое обследование включало также полный сбор анамнестических данных, соматический и неврологический осмотр. От всех родителей несовершеннолетних обследованных детей было получено письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Для клинической интерпретации психических и поведенческих расстройств применялись критерии МКБ-10.

Проведенное на третьем этапе нейропсихологическое исследование включало оценку сформированности высших психических функций, результаты которого указывали на возможную несостоятельность определенных структур головного мозга. Примелась батарея по оценке интеллекта из 29 тестов [14]. *Оценка двигательных и речевых функций* (кинестетический праксис, праксис по кинестетическому образцу, перенос поз по кинестетическому образцу, реципрокная координация; оральный праксис, артикуляционный кинестетический и кинетический праксис). *Оценка тактильных и соматогностических функций* (локализация прикосновений, проба Тойбера по латерализации тактильных стимулов, проекция локализации прикосновений, соматогнозис по восприятию своего тела). *Оценка зрительной памяти* (зрительный гнозис: узнавание реалистических, перечеркнутых, контурных, незавершенных, химерных или фантастических изображений, эмоциональный гнозис: узнавание эмоций, цветовой гнозис: определение цвета, сюжетные картинки: определение последовательности событий). *Оценка пространственных представлений* (величина/размер, цвет, форма, вес, температура, расположение и направление движения объектов). *Оценка слухового гнозиса* (восприятие шумов, звуков и голосов, восприятие и воспроизведение ритмов). *Оценка видов памяти* (слухоречевая, зрительная). *Оценка речевых функций* (автоматизированная речь, фонематический слух, номинативное соотнесение предмета с соответствующим наименованием, речевая проба на серийную организацию движений, логико-грамматические конструкции). *Оценка интеллектуальных возможностей по методике Векслера* [15], включающей 12 отдельных субтестов (6 вербальных и 6 невербальных).

Итогом завершения трёхэтапного исследования являлась группировка и интерпретация полученных данных при помощи многофакторного пошагового регрессионного анализа, в результате были определены факторы риска и их вклад в развитие УО у детей Забайкальского края; оценка их совокупного воздействия позволяет сделать обоснованный выбор эффективных вмешательств.

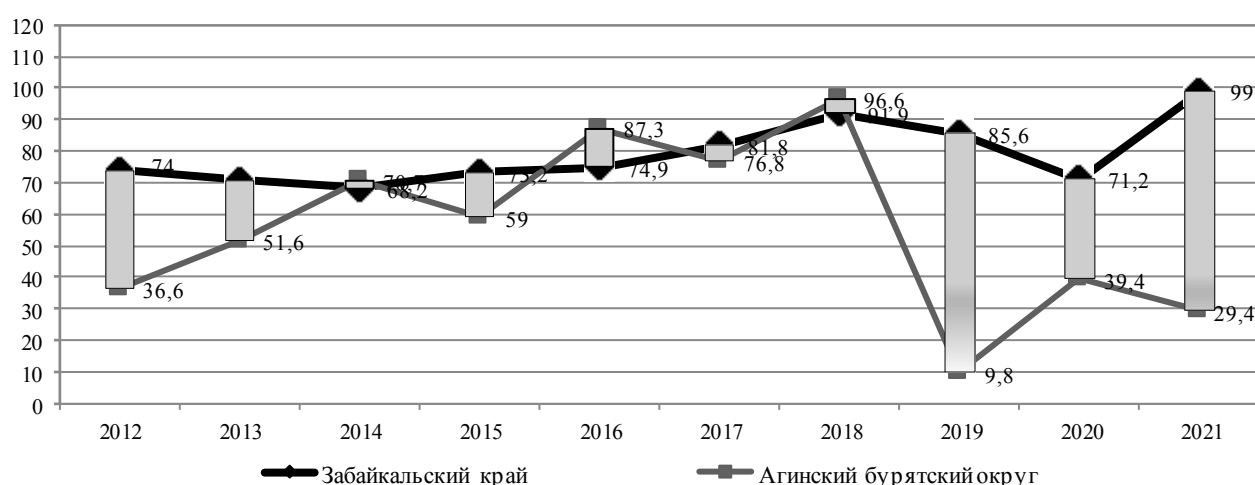
При обработке статистических данных применяли пакет прикладных статистических программ «Statistica 10.0». С учетом нормальности распределения для оценки различий между количественными показателями использовали параметрический t-критерий Стьюдента. При сравнении более двух групп вводили поправку Бонферрони. Для сравнения качественных и порядковых величин использовали критерий Пирсона (χ^2). Статистически значимыми считали различия при показателе $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Обнаруженный уровень заболеваемости УО у детей 6-7-лет – жителей АБО в 2021 г. оказался статистически значимо ($p < 0,001$) в 3,3 раза ниже такового по Забайкальскому краю в целом (29,4 и 99,0 на 100 тысяч детского населения). Как показано на рисунке 1, показатель заболеваемости УО у детей, проживающих в АБО, характеризовался нестабильностью, что подтверждается дискретным повышением начиная с 2012 г., достигшим пикового значения в 2018 г., и последующим снижением в 3,2 раза. Выявленное распределение зафиксированных годовых показателей УО свидетельствует о низком уровне своевременной диагностики столь распространенной психической патологии у детей в округе, что, очевидно, связа-

но с низкой кадровой обеспеченностью психиатрической службы районной больницы (дефицит персонала) и с введением и пролонгированием карантинных ограничительных мероприятий в связи с высокими темпами распространения COVID-19 на территории округа.

Отечественными авторами обсуждается высокая инвалидизация по УО в общем контингенте детей-инвалидов вследствие психических расстройств: 56,9% – в Рязанской области [16], 63,5% – в целом по РФ [17], 58,4% – в Омской области. Частота когнитивных нарушений у 7-11-летних детей коренных национальностей Ямальского Севера составляет 46% [18].



Р и с у н о к 1. Сравнительно-динамическое распределение показателей заболеваемости умственной отсталостью среди детей Забайкальского края и Агинского Бурятского округа за 10-летний период (с 2012 по 2021 г.) на 100 тысяч детского населения

Распространенность УО в общей структуре заболеваемости психическими расстройствами по результатам обследования детей АБО в 2021 г. оказалась более низкой (17,6%), чем в Забайкальском крае (18,4%), но выше, чем по РФ (15,8%).

Анализ динамики проявлений заболеваемости психическими расстройствами у детей за 10-летний период (2012-2021 гг.) в АБО отражает её неустойчивый и подвижный характер. В частности выявлено статистически значимое ($p < 0,001$) увеличение доли УО в 2,2 раза (с 7,9% до 17,6%). В Забайкальском крае рост доли УО в детском контингенте за аналогичный период снизился в 1,5 раза (с 12,5% до 18,4%), хотя общероссийский показатель УО оставался стабильным.

Показатель болезненности УО у детей – жителей АБО в 2021 г. был статистически значимо ($p < 0,001$) ниже такового по Забайкальскому краю (518,9 и 582,8 на 100 тыс. детского населения). Анализ 10-летней динамики продемонстрировал незначительные колебания данного показателя.

В структуре болезненности психическими расстройствами на территории АБО в 2021 г. показатель детской УО (21,9%) был ниже аналогичного (24,0%) по федеральному субъекту в целом. Анализ 10-летней динамики распространённости УО показал её снижение в 1,2 раза (с 26,1% в 2012 г. до 21,9% в 2021 г.). Вместе с тем в Забайкальском крае за этот период доля УО, напротив, возросла с 22,5% до 24,0%. С повышением качества оказания психиатрической помощи связана необходимость совершенствования диагностики УО в детской популяции АБО, что явилось стимулом продолжения обследования детского населения данного этнокультурального района Забайкалья.

На втором клиническом этапе сплошным методом были обследованы дети 6-7-летнего возраста. УО статистически значимо ($p < 0,001$) в 2,6 раза чаще диагностирована у детей, проживающих в пгт. Агинское, по сравнению с детьми – жителями Читы (10,0% против 3,8%).

Неврозоподобная симптоматика разной степени выраженности выявлена у большинства обследованных детей (в среднем 83,0%), что, вероятно, свидетельствует об органическом генезе УО.

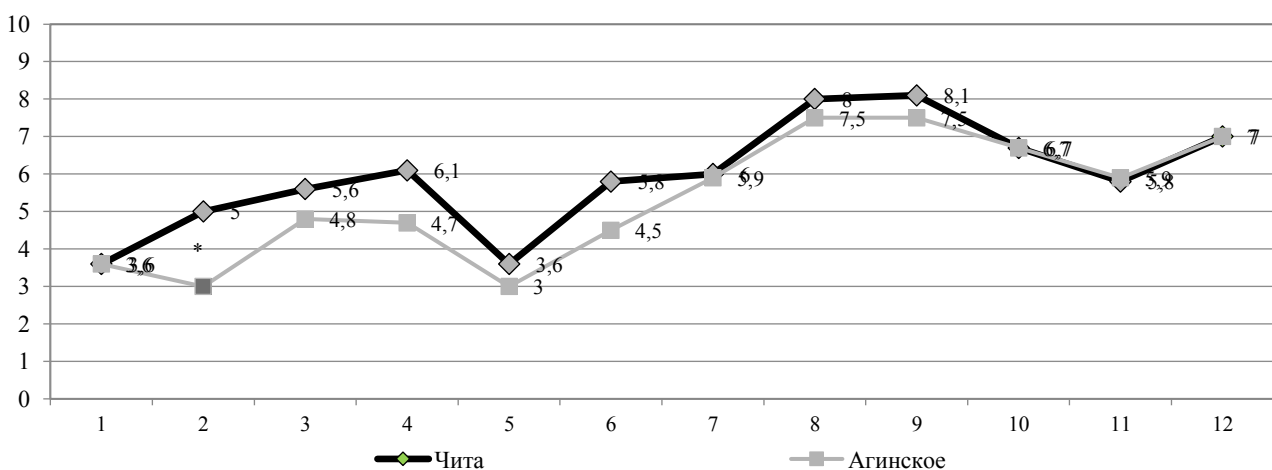
При неврологическом осмотре у большинства детей с УО выявлялись различные неврологические расстройства. Проявления неврологической симптоматики с более высокой частотой зарегистрированы у детей из пгт. Агинское. Об этом свидетельствует сравнительный анализ полученных показателей в группах детей-бурят и детей славянской национальности. Так, статистически значимо ($p < 0,05$) чаще у детей-бурят диагностированы коморбидные УО: рассеянная неврологическая микросимптоматика (92,3% и 70,4%), анизорефлексия (30,8% и 14,8%), астеноневротические проявления в виде раздражительности и плаксивости (38,5% и 14,8%), общая двигательная заторможенность (53,8% и 37,0%), устойчивые двигательные или звуковые тики (11,5% и 3,7%), заикание (76,9% и 14,8%, $p < 0,02$). Следует отметить гетерогенность и в структуре психопатоподобных нарушений: у детей-бурят с УО преобладают тормозимость психических процессов (34,6% и 22,2%), а среди детей славянской национальности чаще встречаются эмоциональная возбудимость и раздражительная вспыльчивость, что приводит к конфликтности (0% и 66,7%).

При этом более половины (60,3%) детей с признаками УО в Забайкальском крае остаются вне поля зрения детских психиатров, не имеют официально установленного психиатрического диагноза, что связано с нежеланием родителей обращаться к врачу-психиатру из-за страха стигматизации. В то время как 39,7% детей по поводу УО состоят на учете у невролога. С установленным

диагнозом УО у специалистов психиатрической службы регулярно наблюдаются 11,5% детей из АБО и 33,3% детей из Читы, в преобладающем большинстве случаев к их числу относятся дети с тяжелыми формами задержки психического развития и нарушениями поведения. Однако даже дети, наблюдающиеся у психиатра, проходили лечение в условиях психиатрического стационара достаточно редко (7,0%).

В процессе нейропсихологического обследования в соответствии с результатами теста Векслера установлено, что у всех детей с клинически диагностированной УО общий уровень интеллекта соответствовал дефекту. Количественная оценка интеллектуального развития детей-бурят (пгт. Агинское) и детей-славян (г. Чита) представлена следующими показателями: общий IQ – 69,2 и 69,9 балла, вербальный – 64,6 и 66,0 балла, невербальный – 77 и 72 балла. Полученные некоторые показатели свидетельствуют, на наш взгляд, о низкой диагностической способности данной тестовой методики по определению особенностей познавательной сферы у детей дошкольного возраста (так, во многих пробах даже в случае невыполнения задания исследователем неправомерно начисляются баллы).

Поэтому у детей-дошкольников целесообразно оценивать «симметричность» интеллектуального профиля, нежели интерпретировать результаты с позиции оценки IQ [15]. При этом у детей-бурят зарегистрирован самый низкий вербальный показатель ($p < 0,05$), что закономерно объясняется коммуникативными трудностями при одновременном использовании двух языков (родного бурятского в семейном окружении и доминирующего русского в социуме) (рис. 2).



Р и с у н о к 2. Сравнительное распределение показателей интеллектуального профиля по тесту Векслера среди детей-бурят (пгт. Агинское) и детей-славян (г. Чита)

П р и м е ч а н и е. * – Статистически значимые различия. 1-12 – субтесты по тесту Векслера (детский вариант): Осведомлённость, Понятливость, Арифметический, Сходство, Словарный, Повторение цифр, Недостатки детали, Последовательные картинки, Кубики Косса, Складывание фигур, Шифровка, Лабиринты.

При сравнении результатов обследования детей-бурят (пгт. Агинское) и детей-славян (г. Чита) с помощью батареи психометрического тестирования [15] когнитивных способностей выявлены статистически значимые различия при выполнении проб 4, 6, 11 и 29 (рис. 3).

Апраксия в связи с поражением разных отделов головного мозга выявляется при проведении пробы 4 (оральный праксис), чаще представлена нарушениями кинестетической (чувствительной) деятельности, что свидетельствует о поражении нижнего отдела сенсомоторной зоны и прилегающих к ней теменно-височных участков коры и отражает повреждение периферической иннервации речевого аппарата.

Нарушения в пробе 11 (соматогнозис в виде тактильного восприятия и ощущения своего тела, ответа на сенсорные стимулы, который формируется к 6 годам) свидетельствуют об отсталости в развитии теменных отделов коры.

Невыполнение проб на реципрокную координацию движений (проба 6) и на сформированность понимания логико-грамматических представлений (проба 29) в виде координационных нарушений и нарушений смыслового восприятия речи свидетельствует об общей мозговой незрелости, так как проба 6 отражает состояние нижних отделов премоторной области коры больших полушарий (развивающейся к 8 годам) и возможность квазипространственного вербального синтеза – пространственно-временная переработка информации (к 8-9 годам).

Таким образом, по материалам углубленного нейропсихологического обследования у детей-бурят с УО установлена более выраженная функциональная незрелость теменного отдела коры головного мозга и более глубокая общая мозговая незрелость по сравнению с детьми славянской национальности.

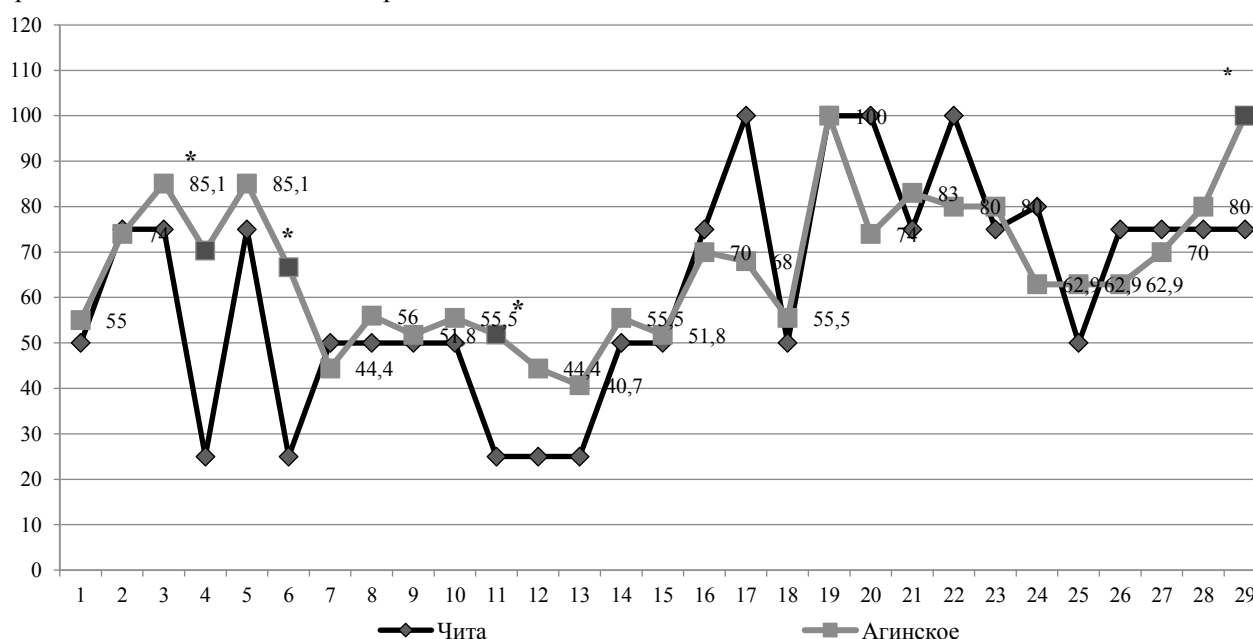


Рисунок 3. Сравнительное распределение результатов (в %) выполнения нейропсихологических проб среди детей-бурят (пгт. Агинское) и детей-славян (г. Чита)

Примечание. Статистически значимые различия: * – $p < 0,02$. Нейропсихологические пробы: 1 – кинестетический праксис, 2 – праксис по кинестетическому образцу, 3 – перенос поз по кинестетическому образцу, 4 – оральный праксис, 5 – мелкая моторика, 6 – реципрокная координация, 7 – оральный кинестетический праксис, 8 – локализация прикосновений, 9 – проба Тойбера, 10 – проекция локализации прикосновений, 11 – зрительное функционирование, 12 – реалистические изображения, 13 – перечеркнутые изображения, 14 – фигуры Поппельрейтера, 15 – незавершенные изображения, 16 – химерные изображения, 17 – эмоциональный гнозис, 18 – цветовой гнозис, 19 – сюжетные картинки, 20 – пространственные представления (копирование с поворотом на 180 градусов), 21 – определи, сколько раз я стучу, 22 – постучи как я (слуховой гнозис), 23 – слухоречевая память, 24 – зрительная память, 25 – автоматизированная речь, 26 – фонематический слух, 27 – номинативные процессы, 28 – речевая проба на серийную организацию движений, 29 – логико-грамматические конструкции.

На третьем этапе исследования, посвященного изучению основных клинических проявлений интеллектуальных нарушений в детской популяции Забайкальского края с позиций этнокультураль-

ного подхода, использование метода многофакторного пошагового (стандартного) регрессионного анализа позволило выявить факторы риска, стимулирующие развитие УО.

Далее приводится перечень факторов, статистических значимых и наиболее тесно взаимосвязанных с формированием умственной отсталости: бурятская национальность ребенка ($\beta=0,18\pm0,03$; $p<0,001$), алкоголизация отца ($\beta=0,16\pm0,04$; $p<0,001$), наличие хронических соматических заболеваний у отца ($\beta=0,14\pm0,04$; $p<0,001$), наличие в семье других детей с умственной отсталостью ($\beta=0,13\pm0,03$; $p<0,001$), осложненное течение родов с высоким риском патологии плода ($\beta=0,15\pm0,04$; $p<0,001$), осложненное течение беременности ($\beta=0,11\pm0,03$; $p<0,01$), алкоголизация матери ($\beta=0,1\pm0,03$; $p<0,01$), низкое образование матери ($\beta=0,1\pm0,04$; $p<0,02$), мужской пол ребенка ($\beta=0,08\pm0,03$; $p<0,02$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в Агинском Бурятском округе Забайкальского края, на территории которого преимущественно проживают представители бурятской этнической общности, УО у детей имеет ряд особенностей, обусловленных более низкой диагностикой данной нозологии и значимыми клиническими отличиями.

Так, в полиморфной клинической картине УО у детей с высокой частотой отмечаются рассеянная неврологическая симптоматика, общая двигательная заторможенность и психическая тормозимость. Тестом Векслера УО была подтверждена недостаточностью развития познавательной деятельности (внимания, памяти, зрительного, слухового, кинестетического восприятия). При проведении углубленного нейропсихологического обследования у детей-бурят с УО чаще выявляются незрелость теменной коры и общая мозговая незрелость. При проведении многофакторного анализа установлено, что этнокультуральный фактор имеет весомое значение (безусловно, наряду с другими факторами) при развитии УО.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы сообщают об отсутствии финансирования или иной спонсорской помощи при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской Декларации ВМА и одобрена этическим комитетом ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России (протокол № 87 от 30.11.2017 г.).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Кузенкова Н.Н., Трешутин В.А. Основные показатели психического здоровья подростков Алтайского края за 1991-2000 гг. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2002. № 2. С. 21-24. Kuzenkova NN, Treshutin VA. The main indicators of the mental health

- of adolescents in the Altai Territory for 1991-2000. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2002;2:21-24 (in Russian).
2. Чуркин А.А., Демчева Н.К., Ходырева Е.А. Показатели заболеваемости умственной отсталостью среди детского и подросткового населения Российской Федерации в 1999-2010 гг. Вестник неврологии и нейрохирургии. 2012. № 9. С. 8-15. Churkin AA, Demcheva NK, Khodyreva EA. Incidence rates of mental retardation among children and adolescents in the Russian Federation in 1999-2010. Bulletin of Neurology and Neurosurgery. 2012;9:8-15 (in Russian).
3. Шаронова А.С. Особенности различных видов мышлений у младших школьников с легкой степенью умственной отсталости. Психология, социология и педагогика. 2015. № 5. С. 18-24. Sharonova AS. Features of different types of thinking in primary school children with mild mental retardation. Psychology, Sociology and Pedagogy. 2015;5:18-24. <https://psychology.snauka.ru/2015/05/4991> (in Russian).
4. Портнова А.А., Трущелёв С.А., Серебровская О.В., Черемин Р.А., Юрченко И.Э. Инвалидность детей с психическими расстройствами в Москве. Российский психиатрический журнал. 2018. № 2. С. 4-9. Portnova AA, Trushchelev SA, Serebrovskaya OV, Cheremin RA, Yurchenko IE. Disability of children with mental disorders in Moscow. Russian Journal of Psychiatry. 2018;2:4-9 (in Russian).
5. Макушкин Е.В., Демчева Н.К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах. Российский психиатрический журнал. 2019. № 4. С. 4-15. Makushkin EV, Demcheva NK. Dynamics and comparative analysis of child and adolescent sickness rate of mental disorders in the Russian Federation in 2000-2018. Russian Journal of Psychiatry. 2019;4:4-15 (in Russian).
6. Giarelli E, Clarke DL, Catching C, Ratcliffe SJ. Developmental disabilities and behavioral problems among school children in the Western Cape of South Africa. Res Dev Disabil. 2009 Nov-Dec;30(6):1297-305. doi: 10.1016/j.ridd.2009.05.006. Epub 2009 Jun 13. PMID: 19525090.
7. Дашиева Б.А. Клинико-динамические аспекты психического здоровья детей и подростков в сельском районе Бурятии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2004. № 1 (31). С. 56-59. Dashieva BA. Clinical and dynamic aspects of the mental health of children and adolescents in the rural area of Buryatia. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2004;1(31):56-59 (in Russian).
8. Пивень Б.Н., Санашева И.Д., Шереметьева И.И. К вопросу о психической патологии в Республике Алтай (эпидемиологический и этнокультуральный аспект). Психическое здоровье. 2010. № 2. С. 3-7. Piven BN, Sanasheva ID, Sheremetyeva II. On the issue of mental pathology in the Republic of Altai (epidemiological and ethnocultural aspect). Mental Health. 2010;2:3-7 (in Russian).
9. Альбицкая Ж.В., Касимова Л.Н., Дворянинова В.В. Особенности социальной адаптации детей раннего возраста с различными психическими нарушениями. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2016. № 1 (16). С. 21-26. Albitskaya ZhV, Kasimova LN, Dvoryaninova VV. Features of social adaptation of young children with various mental disorders. Issues of Mental Health of Children and Adolescents. 2016;1(16):21-26 (in Russian).

10. Кабанов В.Л. Новые модели и программы успешной социализации детей. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2016. Т. 16, № 2. С. 41-45. Kabanov VL. New models and programs for the successful socialization of children. Issues of Mental Health of Children and Adolescents. 2016;16(2): 41-45 (in Russian).
11. Гринкевич Л.Н. Создание условий для развития детей с глубокой умственной отсталостью посредством телесно-ориентированных техник и музыкальной терапии. Научный форум. Педагогика и психология. Сб. статей по материалам III международной заочной научно-практ. конф. М.: Изд-во «МЦНО», 2017. № 1 (3). С. 5-9. Grinkevich LN. Creating conditions for the development of children with severe mental retardation through body-oriented techniques and music therapy. Scientific forum. Pedagogy and psychology. Collection of articles based on materials of the III International Correspondence Scientific and Practical Conference. Moscow: Publishing House "International Center for Science and Education", 2017;1(3):5-9 (in Russian).
12. Шмакова А.А., Шмакова О.П., Андросова Л.В. Иммунологические показатели в прогнозировании риска декомпенсации состояния детей с умственной отсталостью. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Т. 117. № 3. С. 69-73. Shmakova AA, Shmakova OP, Androsova LV. Immunological parameters in assessing the risk of decompensation in children with mental retardation. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2017;117(3):69-73. doi: 10.17116/jnevro20171173169-73 (in Russian).
13. Hessel D, Schweitzer JB, Nguyen DV, McLennan YA, Johnston C, Shickman R, Chen Y. Cognitive training for children and adolescents with fragile X syndrome: a randomized controlled trial of Cogmed. J Neurodev Disord. 2019 Apr 15;11(1):4. doi: 10.1186/s11689-019-9264-2. PMID: 30982467; PMCID: PMC6463634.
14. Морозова И.Л. Особенности нейропсихологической структуры задержки психического развития дошкольников из экологически неблагоприятной зоны Забайкалья (г. Баян). Дефектология. 2007. № 5. С. 27-32. Morozova IL. Features of the neuropsychological structure of the mental retardation of preschoolers from the ecologically unfavorable zone of Transbaikalia (Baley). Defectology. 2007;5:27-32 (in Russian).
15. Филимоненко Ю.И., Тимофеев В.И. Тест Векслера: диагностика структуры интеллекта (детский вариант): методическое руководство. СПб.: Изд-во «ИМАТОН», 2004. 106 с. Filimonenko YuI, Timofeev VI. Wexler test: diagnostics of the structure of intelligence (children's version): a methodological guide. St. Petersburg: IMATON Publishing House, 2004:106 (in Russian).
16. Петрова С.Ю. Анализ первичной и повторной инвалидности вследствие умственной отсталости у детей в Рязанской области в 2004-2008 гг. Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2010. № 1. С. 148-150. Petrova SYu. Analysis of primary and repeated disability due to mental retardation in children in the Ryazan Region in 2004-2008. Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and the Rehabilitation Industry. 2010;1:148-150 (in Russian).
17. Файзуллина Л.Л. Структура инвалидности вследствие умственной отсталости у детей с учетом тяжести и гендерных особенностей. Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2010. № 1. С. 139-141. Fayzullina LL. The structure of disability due to mental retardation in children, taking into account the severity and gender characteristics. Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and the Rehabilitation Industry. 2010;1:139-141 (in Russian).
18. Запарий С.П., Аргат Ю.Н. Психические расстройства у детей – медико-социальные аспекты инвалидности и меры по их комплексной реабилитации. Омск, 2014. 167 с. Zapary SP, Argat YuN. Mental disorders in children - medical and social aspects of disability and measures for their comprehensive rehabilitation. Omsk, 2014:167 (in Russian).
19. Шипулина Т.Я., Мальцева Т.В., Буганов А.А. Факторы риска формирования психического здоровья детей коренной национальности Ямала. Российский педиатрический журнал. 2009. № 3. С. 43-45. Shipulina TYa, Maltseva TV, Buganov AA. Risk factors for the formation of mental health of children of the indigenous nationality of Yamal. Russian Pediatric Journal. 2009;3:43-45 (in Russian).

Поступила в редакцию 24.03.2022

Утверждена к печати 27.05.2022

Лазо Юлия Владимировна – аспирант кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, врач психиатр-нарколог ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер». zolton.87@yandex.ru

Клинова Майя Анатольевна – ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России. Author ID РИНЦ 1001446. m-klinova@list.ru

Сахаров Анатолий Васильевич – первый проректор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, доктор медицинских наук, доцент, главный внештатный детский специалист психиатр Дальневосточного федерального округа. Author ID РИНЦ 556868. Author ID Scopus 57201327574. ResearcherID N-4261-2016.

✉ Сахаров Анатолий Васильевич, sakharov-chita@yandex.ru

UDC 616.899.2-053|465*06/*07|(571.54/56)=161.1=512.31

For citation: Lazo Yu.V., Klinova M.A., Sakharov A.V. Ethnocultural features of the formation and clinical course of mental retardation in children of older preschool age living in the territory of the Trans-Baikal Territory. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2022; 2 (115): 31-38. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-31-38](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-31-38)

Ethnocultural features of the formation and clinical course of mental retardation in children of older preschool age living in the territory of the Trans-Baikal Territory

Lazo Yu.V.^{1,2}, Klinova M.A.¹, Sakharov A.V.¹

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Chita State Medical Academy" of the Ministry of Health of the Russian Federation
Gorky Street 39A, 672090, Chita, Russian Federation

² State Autonomous Healthcare Institution "Trans-Baikal Regional Narcological Dispensary"
Verkhenskaya Street 1, 1672000, Chita, Russian Federation

ABSTRACT

Background. In the nosological structure of mental disorders in children and adolescents, intellectual impairments predominate. In the mid-2000s a correlation was determined between clinical manifestations of mental retardation (environmentally conditioned cognitive disorders) and neuroimmune-endocrine disorders in children in the ecologically unfavorable region of Transbaikalia. The study of regional features of the formation and development of intellectual disorders among children living in various regions of the Russian Federation has always been of interest to domestic psychiatrists and has served as an incentive for the development of evidence-based programs for the comprehensive rehabilitation of children with mental retardation. **Objective:** to study the characteristic clinical manifestations of intellectual disorders in children aged 6-7 years living in the Trans-Baikal Territory, taking into account ethnocultural characteristics. **Material and Methods.** Three-stage study: 1) collection and processing of archival materials (morbidity and sickness rate of mental disorders per 100,000 child population, 2) continuous examination of 6-7-year-old children living in the city of Chita (n=713) and in the village Aginskoye (n=259). Mental and behavioral disorders were diagnosed according to ICD-10, 3) assessment of risk factors for the development of mental retardation in children of the Trans-Baikal Territory using multivariate stepwise regression analysis. **Results.** Insufficient detection of mental retardation among children of the Aginsky Buryat District was established. In the sample of children of Buryat nationality, scattered neurological symptoms, general motor retardation and mental retardation were found with a higher frequency. Neuropsychological examination of these children revealed immaturity of the parietal cortex and general cerebral immaturity. **Conclusion.** The ethnocultural factor must be considered significant in the occurrence of mental retardation, which is confirmed by the results of factor analysis.

Keywords: children, main symptoms of mental retardation, intellectual abilities, intellectual decline, ethnocultural aspect, indigenous population.

Received March 24.2022

Accepted May 27.2022

Lazo Yuliya V. – PhD student of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Chita State Medical Academy" of the Ministry of Health of the Russian Federation, psychiatrist-addiction specialist of State Autonomous Healthcare Institution "Trans-Baikal Regional Narcological Dispensary", Chita, Russian Federation. zolton.87@yandex.ru

Klinova Maya A., assistant of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Chita State Medical Academy" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chita, Russian Federation. Author ID RSCI 1001446. m-klinova@list.ru

Sakharov Anatoly V. – MD in Medicine, associate professor, first vice-rector, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology. Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Chita State Medical Academy" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chita, Russian Federation. Author ID RSCI 556868. Author ID Scopus 57201327574. ResearcherID N-4261-2016.

✉ Sakharov Anatoly V., sakharov-chita@yandex.ru

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.13:616.8-008.64-055.2[465*4/*5]:615.214:616.8-085.851:534.76

Для цитирования: Розин А.И., Кисель Н.И., Гусев С.И. Немедикаментозные методы терапии алкогольной зависимости у женщин с коморбидными аффективными расстройствами. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 2 (115). С. 39-47. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-39-47](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-39-47)

Немедикаментозные методы терапии алкогольной зависимости у женщин с коморбидными аффективными расстройствами

Розин А.И.¹, Кисель Н.И.¹, Гусев С.И.²

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

² ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный институт культуры» Минкультуры России
Россия, 650056, Кемерово, ул. Ворошилова, 17

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Аффективная патология при алкоголизме связана с проявлениями патологического влечения к алкоголю, характеризуется полиморфностью, нестабильностью и тревожно-дисфорической симптоматикой. Вариабельность депрессивной симптоматики коррелирует с интенсивностью патологического влечения и требует дифференцированного подбора адекватной терапии. **Цель:** описание нозологической структуры и клинической типологии аффективных расстройств, коморбидных с алкогольной зависимостью, у женщин; оценка эффективности использования немедикаментозного метода резонансно-акустического воздействия в комплексной терапии наркологических пациентов. **Материалы.** Основную группу исследования (n=41) составили женщины с коморбидным течением алкогольной зависимости и депрессивного расстройства, в терапии которых использовалось резонансно-акустическое воздействие в сочетании с современными антидепрессантами. Группа сравнения (n=30) представлена женщинами с коморбидными алкогольной зависимостью и депрессивным расстройством, получавшими антидепрессивную терапию. **Методы исследования:** клинко-психопатологический, клинко-динамический, психометрический, клинко-катамнестический, статистический. **Результаты.** В обследованной группе женщин наиболее часто встречается коморбидное сочетание алкоголизма с дистимией, депрессиями легкой и средней степени тяжести. Алкогольная зависимость нередко является причиной развития и видоизменяет проявления депрессии, так же как и депрессия зачастую оказывает существенное влияние на характер течения аддиктивной патологии. В статье показаны эффективность и преимущества применения резонансно-акустического воздействия в комплексной терапии депрессивных расстройств у женщин при алкогольной зависимости.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, аффективные расстройства, антикрейвинговая терапия, немедикаментозные методы, резонансно-акустическое воздействие.

ВВЕДЕНИЕ

Женский алкоголизм занимает особое место в отечественной наркологии. Происходящие в российском обществе структурные изменения, вызванные кризисными тенденциями социально-экономической динамики последних десятилетий, привели к обострению проблемы женского алкоголизма [1, 2, 3, 4, 5]. В современных условиях жизни меняется традиционная роль женщины в семье и обществе, возрастает роль социально-психологических факторов, в определенных условиях являющихся пусковым звеном в развитии алкогольной зависимости. Несмотря на то что в

целом алкоголизм обнаруживает более высокую распространенность в контингенте мужчин, в последние годы наблюдается рост числа женщин, страдающих алкоголизмом [2, 3], причем с более выраженными последствиями на социальном, психическом и соматическом уровнях [6, 7]. У женщин с алкогольной зависимостью психологическая граница личности искажается, не выполняя свою защитную функцию, что нарушает её функционирование, гибкость и пластичность во взаимодействии с окружающей средой и делает личность более уязвимой для негативных воздействий извне [8].

Переживание женщинами отношения к себе со стороны окружающего социума часто является причиной тревожно-депрессивных расстройств, сочетанных с агрессией, импульсивностью, тревожностью. Их социально-коммуникативная активность по мере усугубления психического состояния на фоне алкоголизации снижается. Приводятся данные, что алкогольная зависимость у женщин характеризуется большой частотой встречаемости аффективных расстройств депрессивного спектра [9, 10, 11]. Связь между аддиктивной и аффективной патологией на протяжении многих лет остается в фокусе внимания отечественных и зарубежных исследователей [12, 13, 14, 15].

Аффективная патология при алкоголизме непосредственно связана с проявлениями патологического влечения к алкоголю и требует дифференцированного подбора адекватной терапии. Коррекция аффективных расстройств является одним из важнейших компонентов противорецидивной терапии алкоголизма [16, 17, 18, 19].

Применение у больных алкоголизмом некоторых антидепрессантов осложнено в связи с их множественными побочными эффектами и нежелательными интеракциями: потенцирование алкоголя, передозировки, коллаптоидные состояния, холинолитический делирий, судорожный синдром, кардиотоксичность [18, 19].

Нейрофизиологические механизмы развития зависимости от психоактивных веществ связаны с деятельностью стволовых и лимбических структур головного мозга, участвующих в обеспечении регуляции эмоционального состояния, настроения, мотивационной сферы, психофизического тонуса, поведения человека в целом, его адаптации к окружающей среде [20, 21]. Напряжение или нарушение нормального функционирования этих структур приводит к формированию абстинентного синдрома и аффективных расстройств в период ремиссии и патологического влечения к алкоголю. Активация опиоидергической системы методом резонансно-акустического воздействия способствует восстановлению нарушенных эмоциональных, когнитивных и вегетативных функций, редукции депрессивной симптоматики, снижает патологическое влечение к алкоголю, что повышает поведенческую мотивацию к лечению и эффективность комплексной терапии.

Использование резонансно-акустического воздействия в терапии женщин с алкогольной зависимостью и аффективными расстройствами позволяет достичь редукции тревожно-депрессивной симптоматики в более короткие сроки, снижения выраженности патологического влечения к алкоголю с минимизацией психофармакологической нагрузки на больного.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Описание нозологической структуры и клинической типологии аффективных расстройств, коморбидных с алкогольной зависимостью, у женщин; оценка эффективности использования немедикаментозного метода резонансно-акустического воздействия в комплексной терапии наркологических пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовали пациенты женского пола с верифицированным по МКБ-10 коморбидным диагнозом: алкогольная зависимость (Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением алкоголя. Синдром зависимости – F10.2) и депрессивное расстройство (Расстройства настроения [аффективные расстройства] – F3), проходившие лечение в клиническом психиатрическом отделении НИИ психического здоровья ТНИМЦ.

Основная группа ($n=41$) – женщины (средний возраст $46,4 \pm 4,3$ года) с коморбидным течением алкогольной зависимости и депрессивным расстройством, в их терапии использовалось резонансно-акустическое воздействие, сочетанное с психофармако- и психотерапией. Группа сравнения ($n=30$) представлена женщинами (средний возраст $45,3 \pm 5,4$ года) с коморбидным течением алкогольной зависимости и депрессивным расстройством, получавшими лечение антидепрессантами и психотерапией. Обследуемые обеих групп были сопоставимы по возрасту и не имели статистически значимых различий по социально-демографическим характеристикам.

Диагноз аффективных расстройств устанавливался по результатам клинического интервью. Степень выраженности тревоги и депрессии оценивалась с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и шкалы самооценки депрессии Бека (BDI).

Для динамической оценки психического состояния использовались психометрические показатели, полученные по опросникам: шкала депрессии Монтоммери-Асберга (MADRS), шкала глобальной клинической оценки (CGI), обсессивно-компульсивная шкала оценки влечения к алкоголю, визуальная аналоговая шкала влечения к алкоголю.

Немедикаментозное воздействие осуществлялось с применением Программно-аппаратного резонансно-акустического реабилитационного комплекса (ПРАК) для коррекции психосоматического состояния человека с помощью запрограммированных резонансно-акустических колебаний сигналов Кап КПС-ЭКРАН с генератором звуковых волн для воздействия на организм на уровне (производство ООО «СИМТ», г. Белгород).

ПРАК предназначен для индивидуальной психосоматической коррекции методом светозвуковой стимуляции мозга. При стимуляции мозга звуковыми сигналами близкой частоты по разным каналам возникают акустические бинауральные биения или бинауральные ритмы. В основу положен метод воздействия особых звуковых волн отдельно для левого и правого полушарий мозга с целью управления процессом выделения эндорфина. Комплекс включен в таблицу оснащения отделений психотерапии и неврозов, наркологии (Приложение № 21 Приказа МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 929н).

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows (V. 6.0). Для

сравнения независимых выборок применялся U-критерий Манна–Уитни. Количественные данные представлены в виде $M \pm SD$, где M – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение (соответствие нормальности распределения проводилось с использованием критерия Шапиро–Уилка). В случае распределения, отличного от нормального, количественные данные представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В основную группу исследования ($n=41$) были включены женщины с алкогольной зависимостью в возрасте от 32 до 65 лет (средний возраст составлял $46,4 \pm 4,3$ года), имеющие различные коморбидные депрессивные расстройства (табл. 1).

Т а б л и ц а 1. Распределение обследованных женщин с алкогольной зависимостью основной группы по нозологической структуре депрессивных расстройств

Код	Диагноз психического расстройства по МКБ-10	абс.	%
F32.0	Депрессивный эпизод легкой степени	3	7,3
F32.1	Депрессивный эпизод умеренной степени	3	7,3
F34.1	Дистимия	18	43,9
F33.1	Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной степени	8	19,5
F43.22	Смешанная тревожно-депрессивная реакция	9	20,0
Всего		41	100,0

Среди больных алкоголизмом женщин с депрессией (основная группа) в большинстве (78%) случаев диагностировались аффективные расстройства настроения (F3). Наиболее часто встречались хроническое расстройство настроения – дистимия (43,9%), РДР (19,5%) и смешанная тревожно-депрессивная реакция (20,0%), что указывало на длительный период течения депрессивных расстройств. Реже (по 7,3%) наблюдались депрессии легкой и умеренной степени тяжести.

Учитывая анамнестические сведения и в соответствии с ретроспективным анализом объективной информации по материалам медицинской документации, установлено, что более чем у половины (56,1%) женщин депрессивное расстройство предшествовало выявлению и диагностике алкогольной зависимости, тогда как депрессия на фоне ранее развившегося алкоголизма была обнаружена в 43,9% случаев. Депрессия и алкоголизм находятся в реципрокных отношениях, каждое из заболеваний утяжеляет течение другого. Алкогольная зависимость нередко является причиной развития и видоизменяет проявления депрессии, в свою очередь и депрессия существенно влияет на характер течения аддиктивной патологии.

В соответствии с исследованиями отечественных наркологов [3, 12], посвященными изучению типологии аффективных расстройств при алкогольной зависимости, нами были выделены первичные и вторичные депрессии.

Первичные депрессии предшествуют развитию алкоголизма. Формирование их вызвано первичной психической патологией, а алкоголизм на их фоне возникает вторично. Таким образом, речь идет о наличии у больного сразу двух заболеваний. Как правило, по МКБ-10 это эндогенная депрессия в рамках аффективных расстройств настроения (F3). Главным мотивом пьянства для этих больных является избавление от тягостного состояния, тоски, тревоги, заторможенности, чувства одиночества и опустошенности. Такие пациенты прибегают к приему алкоголя в большей мере с целью избавления от психологического дискомфорта, а не для достижения эйфории. В синдромологической структуре первичных депрессивных расстройств отмечались синдромы: депрессивный (39,1%), тревожно-депрессивный (34,8%), дисфорический (26,1%).

Депрессивный синдром характеризуется пониженным настроением с падением работоспособности, снижением интереса не только к окружающему, но и к своим проблемам, ухудшением качества сна и снижением аппетита. Колебания настроения могут носить как циклоидный характер («хуже по утрам», отсутствие облегчения и отдыха после сна), так и протекать по астеническому типу (ухудшение настроения и падение тонуса к вечеру). В эту симптоматику вкрапляются эпизоды тревоги с чувством внутреннего напряжения и ожиданием неприятностей.

При тревожно-депрессивном синдроме непрерывный характер носят внутреннее беспокойство, предчувствие опасности, напряжение, ожидание грядущих неприятностей, невозможность отключиться от мыслей о плохом исходе любых актуальных ситуаций.

Дисфорической синдром определяется сочетанием пониженного настроения с раздражительностью, а в некоторых случаях со злобностью, затрудняющими контакты больного с окружающими, провоцирующими постоянные конфликтные ситуации вокруг больного как дома, так и в служебной обстановке.

Вторичные депрессии (43,9%) отличались полиморфизмом и типовой неоднородностью аффекта, характеризовались малой дифференцированностью, полиморфностью, преобладанием тревожной и дисфорической симптоматики. Для аффективных нарушений, развившихся при алкогольной зависимости, были характерны атипичное развитие, незавершенность синдромальной картины, нестойкость, изменчивость и резкие колебания глубины и интенсивности аффективных нарушений. Вместе с тем признаки витальности и суточные колебания эмоционального состояния практически отсутствовали, классическая депрессивная триада (сниженное настроение, интеллектуальная и двигательная заторможенность) встречалась редко.

При сочетании реактивных невротических депрессий и алкогольной зависимости имелись определенные клинические особенности: слабо выраженный эйфоризирующий эффект алкоголя, стремление его достигнуть в условиях не ослабевающего стресса приводит к утрате количественного контроля уже на начальном этапе злоупотребления. Интенсивно нарастающая толерантность к алкоголю в предельно сжатые сроки достигает эффекта плато. Изменение картины опьянения вслед за появлением алкогольных амнезий совершается уже на начальном этапе заболевания, достоверно чаще встречаются палимпсесты и тотальные амнезии, прогрессивность и скорость формирования алкогольного абстинентного синдрома напрямую зависят от остроты эмоциональных переживаний.

При обследовании женщин с алкогольной зависимостью по шкале HADS средний общий балл депрессии составил 13 (9–16), по субшкале тревоги – 15 (10–17), что соответствует клинически выраженным тревоге и депрессии. По шкале самооценки депрессии Бека выявленный средний балл 24 (21–26) соответствует клинически выраженной депрессии (>19 баллов) и депрессии, требующей лекарственного лечения (>24 баллов), что отражало субъективную оценку пациентками тяжести своих эмоциональных нарушений.

Обследование по другим объективным психометрическим шкалам показало, что средний суммарный общий балл по MADRS составил 22 (20–26) – легкая и умеренная степень депрессии; по шкале тревоги Гамильтона – 12 (11–14) баллов – легкая степень выраженности тревоги. По шкале глобального клинического впечатления более чем в половине (56,1%) случаев степень тяжести расстройств оценивалась как умеренная, у трети (34,1%) больных зафиксированы слабо выраженные психические нарушения, в 9,8% – значительно выраженные расстройства. Более половины (60,9%) больных адекватно оценивали свое психическое состояние, признавали наличие депрессивного расстройства, соглашались с необходимостью приема антидепрессантов.

Лечебная программа для пациентов с алкогольной зависимостью в коморбидности с депрессивными расстройствами включала персонализированную лекарственную терапию с использованием современных антидепрессантов в сочетании с резонансно-акустическим воздействием и психотерапевтическим комплексом.

С учетом часто встречающейся сопутствующей соматической патологии (артериальная гипертензия – 73,2%, сахарный диабет – 24,4%, ишемическая болезнь сердца – 12,2%, нарушения функции печени с повышением уровня трансаминаз: аланинаминотрансфераз и аспартатаминотрансфераз – 95,1%) принципиальное значение имела минимизация лекарственной нагрузки на пациента при достижении быстрой редукции психопатологической симптоматики.

С целью повышения эффективности антидепрессивной терапии присоединялся блок из 10 сеансов резонансно-акустического воздействия. Принцип работы аппарата Кап КПС-ЭКРАН заключается в генерировании звуковых частот, преобразующих состояние головного мозга. Резонансно-акустические колебания совмещаются с приятным релаксационным музыкально-шумовым влиянием, маскирующим основное лечебное воздействие и вызывающим дополнительный седативный эффект.

Пациентки посещали сеансы ежедневно, со второго дня пребывания в стационаре. Продолжительность лечебного сеанса с запрограммированными резонансно-акустическими колебаниями составляла 30 минут. Во время сеансов пациенты занимали удобное положение (сидя или полужа), после тренинга сообщали об ощущениях расслабления, тепла и легкости в теле, снижении внутреннего напряжения, тревоги и волнения, восстановлении сил. Осложнений во время сеансов и в краткосрочном отдаленном периоде (1 месяц) не выявлено. Переносимость пациентами сеансов хорошая.

Эффективность комплексного психофармакологического, резонансно-акустического и психотерапевтического воздействия оценивалась на

основе использования психометрических шкал в трех точках обследования (при поступлении, через 2 и 4 недели лечения).

Т а б л и ц а 2. Сравнительная оценка эффективности комплексной терапии алкогольной зависимости у женщин с коморбидными аффективными расстройствами до и после терапии, баллы

Степень выраженности по психометрической шкале	Количественная суммарная оценка	
	До терапии	После терапии
Крейвинг по обсессивно-компульсивной шкале патологического влечения к алкоголю (самооценка идеаторных проявлений отношения к алкоголю за последнюю неделю)	18 (16; 21)	4 (3; 5)
Патологическое влечение к алкоголю по визуально-аналоговой шкале (субъективная оценки степени влечения к алкоголю)	84 (75; 92)	9 (7; 12)
Депрессия по Госпитальной шкале тревоги и депрессии	13 (9; 16)	3 (4; 5)
Тревога по Госпитальной шкале тревоги и депрессии	15 (10; 17)	5 (5; 6)
Депрессия по шкале Бека	24 (21; 26)	9 (7; 10)
Тревога по шкале тревоги Гамильтона	12 (11; 14)	6 (5; 7)
Депрессия по шкале MADRS	22 (20; 26)	4 (5; 7)

П р и м е ч а н и е. Статистическая значимость различий: * – $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни).

Как показано в таблице 2, у женщин с алкогольной зависимостью при поступлении в стационар по двум шкалам (обсессивно-компульсивной и визуально-аналоговой) отмечались высокие показатели, что указывает на значительную интенсивность патологического влечения к алкоголю. В результате резонансно-акустического воздействия в сочетании с психофармакотерапией современными антидепрессантами и индивидуальной психотерапевтической реабилитацией произошла статистически значимая ($p < 0,05$) редукция всех изученных показателей.

По данным субъективного опросника HADS, тревожная симптоматика в структуре аффективных нарушений у пациентов с алкогольной зависимостью и синдромом отмены алкоголя была более выражена, чем депрессивная, но в динамике наблюдения тревога снижалась в более короткие сроки. Согласно данным объективной шкалы депрессии Монтгомери–Асберга, выявленные количественные показатели до лечения соответствовали уровню депрессии легкой и умеренной степени. Клинико-динамический анализ результатов

комплексной терапии продемонстрировал полное устранение или ослабление депрессивной симптоматики. У большинства (92,7%) женщин основной группы по рейтинговой шкале глобального клинического впечатления была нивелирована тяжесть аффективной и аддиктивной симптоматики и достигнуто выраженное или значительное улучшение.

Для доказательства клинической эффективности терапии с включением резонансно-акустического воздействия динамика показателей по психометрическим шкалам была проанализирована в группе сравнения ($n=30$). Как и в основной группе, это были пациентки с алкогольной зависимостью, коморбидной с депрессивными расстройствами. По возрасту, степени выраженности тревожно-депрессивной симптоматики, интенсивности крейвинга на момент начала лечения они были сопоставимы с пациентками основной группы. Единственное отличие – к алгоритму их индивидуальной психофармако- (антидепрессанты) и психотерапии не подсоединялось воздействие ПРАК.

Т а б л и ц а 3. Сравнительное распределение клинико-динамических показателей после 2-недельной терапии алкогольной зависимости у женщин с коморбидными аффективными расстройствами, баллы

Степень выраженности по психометрической шкале	Количественная суммарная оценка		Статистическая значимость (p)
	Основная группа (n=41)	Группа сравнения (n=30)	
Крейвинг по обсессивно-компульсивной шкале патологического влечения к алкоголю (самооценка идеаторных проявлений отношения к алкоголю за последнюю неделю)	8 (7; 10)	12 (10; 13)	$p < 0,05$
Патологическое влечение к алкоголю по визуально-аналоговой шкале (субъективная оценки степени влечения к алкоголю)	58 (52; 65)	63 (57; 65)	$p = 0,065$
Депрессия по Госпитальной шкале тревоги и депрессии	5 (4; 6)	8 (7; 10)	$p < 0,05$
Тревога по Госпитальной шкале тревоги и депрессии	6 (7; 9)	12 (10; 13)	$p < 0,05$
Депрессия по шкале Бека	12 (11; 13)	18 (16; 20)	$p < 0,05$
Тревога по шкале тревоги Гамильтона	6 (5; 7)	8 (8; 10)	$p < 0,05$
Депрессия по шкале MADRS	14 (13; 16)	16 (14; 17)	$p = 0,08$

В соответствии с результатами проведенного анализа на финальной (через 4 недели) точке обследования между пациентками обеих групп по всем изучаемым психометрическим показателям статистически значимые различия отсутствовали. Однако на промежуточной (через 2 недели) точке обследования были обнаружены статистически значимые различия, отражающие более выраженную положительную динамику по ряду показателей в случае использования в терапии резонансно-акустического воздействия (табл. 3). В основной группе зарегистрированы более быстрая редукция тревожной и депрессивной симптоматики, более выраженный темп снижения крейвинга, более лучшая категория переносимости антидепрессивной терапии.

Применение резонансно-акустического воздействия в общем алгоритме терапии ускоряло редукцию диссомнических расстройств, нормализация ночного сна происходила уже во время первой недели терапии. Пациенты отмечали облегчение процесса засыпания, углубление сна, уменьшение количества ночных пробуждений. Алкогольная тематика сновидений как компонент патологического влечения к алкоголю у 2/3 пациентов редуцировалась к окончанию второй недели терапии. В то время как в группе сравнения большинству (73,3%) пациентов требовалось назначение гипнотиков из-за неэффективности релаксирующих методик.

Достигнутые в результате лечения регресс патологического влечения к алкоголю, улучшение психоэмоционального состояния пациентов, значительная редукция тревожно-депрессивной симптоматики, зафиксированные по субъективным и объективным психометрическим шкалам, демонстрируют эффективность применения метода резонансно-акустического воздействия при лечении пациенток с алкогольной зависимостью в сочетании с депрессивными расстройствами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У женщин с алкогольной зависимостью наиболее часто встречается коморбидное сочетание алкоголизма с дистимией, депрессиями легкой и средней степени тяжести. Преимущество использования резонансно-акустического воздействия в терапии женщин с алкогольной зависимостью, коморбидной с депрессивными расстройствами, заключается в том, что его применение позволяет сократить сроки госпитализации в наркологическом стационаре, уменьшить число дней временной нетрудоспособности пациентов и повысить терапевтическую эффективность.

Комплексная терапия с применением немедикаментозного метода резонансно-акустического воздействия в сочетании с использованием антидепрессантов последних генераций позволяет бо-

лее эффективно воздействовать не только на симптомы депрессии, но и на крейвинг – основной базис психопатологической симптоматики при алкогольной зависимости. Применение этого метода открывает новые возможности улучшения эффективности терапии алкогольной зависимости, расширяет арсенал терапевтических возможностей в наркологической практике.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование выполнено за счет бюджетного финансирования темы прикладных научных исследований «Разработка персонализированной терапии больных с коморбидными формами наркологических расстройств» (номер госрегистрации АААА-А20-120041690007-2).

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинской декларации ВМА и одобрена Локальным этическим комитетом при НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол № 126 от 21 ноября 2019 г., дело № 126/8 2019).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Эпидемиология наркологических заболеваний. Наркология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н.Н. Иванец, М.А. Винникова. М. : Изд. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2020. С. 14-33. Koshkina EA, Kirzhanova VV. Epidemiology of drug addiction. Narcology. National Handbook. Brief edition. NN Ivanets, MA Vinnikova, eds. Moscow: Publishing Group "GEOTAR-Media", 2020:14-33 (in Russian).
2. Куташов В.А., Сахаров И.Е. Наркология. Клиника. Диагностика. Лечение. М.; Воронеж, 2016. 982 с. Kutashov VA, Sakharov IE. Narcology. Clinic. Diagnostics. Treatment. Moscow; Voronezh, 2016:982 (in Russian).
3. Альтшулер В.Б., Иванец Н.Н., Кравченко С.Л. Женский алкоголизм: клинические аспекты. М. : Изд-во «Гениус», 2006. 213 с. Altshuler VB, Ivanets NN, Kravchenko SL. Female alcoholism: clinical aspects. Moscow: Publishing House "Genius", 2006:213 (in Russian).
4. Кравченко С.Л., Корольков А.И. Сравнительный анализ изменений социально-демографических характеристик стационарных пациенток с алкогольной зависимостью за 30 лет: 1986-1988 и 2013-2015. Вопросы наркологии. 2019. № 1 (172). С. 53-65. Kravchenko SL, Korolkov AI. Comparative analysis of changes in socio-demographic characteristics of inpatients with alcohol addiction over 30 years: 1986-1988 and 2013-2015. Journal of Addiction Issues. 2019;1(172):53-65. DOI: 10.47877/0234-0623_2019_1_53 (in Russian).

5. Позднякова М.Е., Брюно В.В. Особенности употребления алкоголя женщинами-горожанками с различным социально-профессиональным статусом. Социологическая наука и социальная практика. 2021. Т. 9, № 3 (35). С. 148-166. Pozdnyakova ME, Bruno VV. Peculiarities of alcohol consumption by urban women with different socio-professional status. Sociological Science and Social Practice. 2021;9,3(35):148-166. DOI: 10.19181/snsp.2021.9.3.8439 (in Russian).
6. Николишин А.Е., Бродянский В.М., Чупрова Н.А., Сулимов Г.Ю., Кибитов А.О. В поисках наследственной формы алкогольной зависимости: типология по Клонинджеру, динамика формирования синдрома отмены, семейная отягощенность и оценка генетического риска. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018. № 2 (99). С. 82-88. Nikolishin AE, Brodyansky VM, Chuprova NA, Sulimov GYu, Kibitov AO. In search for hereditary form of alcohol addiction: Cloninger's typology, dynamics of withdrawal formation, family history and evaluation of genetic risk. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2018;2(99):82-88. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2\(99\)-82-88](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2(99)-82-88) (in Russian).
7. Кибитов А.О. Семья пациента с аддиктивными расстройствами как «точка входа» в целевые программы индивидуальной медицинской профилактики для групп высокого генетического риска. Вопросы наркологии. 2019. № 1 (172). С. 5-30. Kibitov AO. The family of a patient with addictive disorders as an "entry point" to targeted individual medical prevention programs for high genetic risk groups. Journal of Addiction Issues. 2019;1(172):5-30. DOI: 10.47877/0234-0623_2019_1_5 (in Russian).
8. Продовикова А.Г., Хамраева В.В. Особенности самоотношения и личностные границы у женщин, страдающих алкоголизмом. Социальные и гуманитарные науки: теория и практика. 2018. № 1 (2). С. 611-624. Prodovikova AG, Khamraeva VV. The self-attitude and personal boundaries of women suffering from alcoholism. Social and Humanitarian Sciences: Theory and Practice. 2018;1(2):611-624 (in Russian).
9. Уманская П.С., Агарков А.П., Агарков А.А. Формирование и течение алкоголизма, особенности суицидального поведения у лиц, перенесших алкогольный психоз (гендерный аспект). Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2018. № 3. С. 71-79. Umanskaya PS, Agarkov AP, Agarkov AA. Formation and course of alcoholism, features of suicidal behavior in persons who have experienced alcoholic psychosis (gender aspect). V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology. 2018;(3):71-79. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2018-3-71-79> (in Russian).
10. Шайдукова Л.К., Гилязева Г.А. Особенности психотерапии одиноких и замужних женщин, злоупотребляющих алкоголем, с депрессивными расстройствами: работа с субличностными «мишенями». Наркология. 2018. Т. 17, № 1. С. 40-47. Shaidukova LK, Gilyazeva GA. Features of psychotherapy of single and married women who abuse alcohol, with depressive disorders: work with subpersonality "targets". Narcology. 2018;17(1):40-47. DOI: 10.25557/1682-8313.2018.01.40-47 (in Russian).
11. Дубатова И.В., Сафроненко А.В., Демидов И.А., Никонова Н.В. Основные прогностические критерии течения женского алкоголизма. Главный врач Юга России. 2019. № 2 (66). С. 57-60. Dubatova IV, Safronenko AV, Demidov IA, Nikonova NV. The main prognostic criteria for the course of female alcoholism. Chief Physician of the South of Russia. 2019;2(66):57-60 (in Russian).
12. Козн Ш.Т., Вейс Р. Злоупотребление наркотическими веществами и психические заболевания. В книге: Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. Наркология. 2-е изд., испр. М.; СПб.: Изд-во Бинум; Невский диалект, 2000. С. 275-280. Cohen ShT, Weiss R. Substance abuse and mental illness. In the book: Friedman LS, Fleming NF, Roberts DH, Hyman SE. Narcology. 2nd ed., revised. Moscow; St. Petersburg: Binom Publishing House; Nevsky Dialect, 2000:275-280 (in Russian).
13. Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. Томск: Издательство Томского университета, 2009. 510 с. Bokhan NA, Semke VYa. Comorbidity in drug addiction. Tomsk: Tomsk University Press, 2009:510 (in Russian).
14. Пешковская А.Г., Мандель А.И., Белокрылов И.И., Назарова И.А., Кисель Н.И. Проблема анозогнозии при женском алкоголизме: мишени и эффективность терапевтического воздействия. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017. № 3 (86). С. 57-63. Peshkovskaya AG, Mandel AI, Belokrylov II, Nazarova IA, Kisel NI. Problem of anosognosia in female alcoholism: targets and efficiency of therapeutic intervention. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2017;3(96):57-63 doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-57-63 (in Russian).
15. Николишин А.Е., Гофман А.Г., Немкова Т.И., Кибитов А.О. Сочетание алкогольной зависимости и депрессивных расстройств. Вопросы наркологии. 2015. № 5. С. 66-78. Nikolishin AE, Hofman AG, Nemkova TI, Kibitov AO. The combination of alcohol dependence and depressive disorders. Journal of Addiction Issues. 2015;5:66-78 (in Russian).
16. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. М.: Медицина, 1994. 216 с. Altshuler VB. Craving for alcohol. Moscow: Medicine Publishing House, 1994:216 (in Russian).

17. Крылов Е.Н. Депрессивные расстройства в клинике алкоголизма: автореф. дис. ... д.м.н. М., 2004. 35 с. Krylov EN. Depressive disorders in the clinic of alcoholism: MD thesis abstract. Moscow, 2004:35 (in Russian).
18. Иванец Н.Н. Место антидепрессантов в терапии патологического влечения к алкоголю. В книге: Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам. М., 2000. С. 8-16. Ivanets NN. The place of antidepressants in the treatment of pathological craving for alcohol. In the book: Antidepressants in the treatment of craving for psychotropic substances. M., 2000:8-16 (in Russian).
19. Бохан Н.А., Мандель А.И., Иванова С.А., Прокопьева В.Д., Артемьев И.А., Невидимова Т.И., Мастерова Е.И., Воеводин И.В., Аболонин А.Ф., Шушпанова Т.В. Старые и новые проблемы в наркологии в контексте междисциплинарных исследований. Вопросы наркологии. 2017. № 1. С. 26-62. Bokhan NA, Mandel AI, Ivanova SA, Prokopieva VD, Artemyev IA, Nevidimova TI, Masterova EI, Voevodin IV, Abolonin AF, Shushpanova TV. Old and new problems in narcology in the context of interdisciplinary research. Journal of Addiction Issues. 2017;1:26-62 (in Russian).
20. Барыльник Ю.Б., Лим В.Г., Щетинин С.Г. Транскраниальная электростимуляция у больных алкогольной энцефалопатией. Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 3. С. 625-628. Baryl'nik YuB, Lim VG, Shchetinin SG. Transcranial electrical stimulation in patients with alcoholic encephalopathy. Saratov Scientific Medical Journal. 2010;6(3):625-628 (in Russian).
21. Секирин А.Б., Майбродская А.Е. Перспективы использования акустических бинауральных биений в терапии психосоматических заболеваний. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2019. № 12 (часть 1). С. 105-109. Sekirin AB, Maibrodskaya AE. Prospects for the use of acoustic binaural beats in the treatment of psychosomatic diseases. International Journal of Applied and Basic Research. 2019;12 (part 1):105-109 (in Russian).

Поступила в редакцию 10.02.2022

Утверждена к печати 27.05.2022

Розин Александр Иосифович – канд. мед. наук, врач-психиатр четвертого клинического психиатрического отделения, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ РАН. SPIN-код РИНЦ 5214-1468. Author ID РИНЦ 625260. ORCID iD 0000-0001-8617-4754.

Кисель Наталья Игоревна – канд. мед. наук, заведующая четвертым клиническим психиатрическим отделением, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ РАН. SPIN-код РИНЦ 2861-1544. Autor ID РИНЦ 974543. tashakisa@yandex.ru

Гусев Сергей Иванович – д-р мед. наук, профессор кафедры социально-культурной деятельности Кемеровского государственного института культуры, доцент ВАК РФ. SPIN-код РИНЦ 700999. Researcher ID Y-3551-2018. ORCID iD 0000-0001-8298-9710. guss59@mail.ru

✉ Розин Александр Иосифович, rozin1982@gmail.com

UDC 616.89-008.441.13:616.8-008.64-055.2[465*4/5]:615.214:616.8-085.851:534.76

For citation: Rozin A.I., Kisel N.I., Gusev S.I. Nonmedication methods for the treatment of alcohol dependence in women with comorbid affective disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2022; 2 (115): 39-47. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-39-47](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-39-47)

Nonmedication methods for the treatment of alcohol dependence in women with comorbid affective disorders

Rozin A.I.¹, Kisel N.I.¹, Gusev S.I.²

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

² *Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kemerovo State Institute of Culture"
of the Ministry of Culture of Russia
Voroshilov Street 17, 650056, Kemerovo, Russian Federation*

ABSTRACT

Background. Affective pathology in alcoholism is associated with manifestations of a pathological craving for alcohol, characterized by polymorphism, instability, and anxiety-dysphoric symptoms. The variability of depressive symptoms correlates with the intensity of pathological craving and requires a differentiated selection of adequate therapy. **Objective:** description of the nosological structure and clinical typology of affective disorders comorbid with alcohol dependence in women; evaluation of the effectiveness of the use of the nonmedication method of resonant-acoustic action in the complex therapy of narcological patients. **Materials.** The main study group (n=41) consisted of women with a comorbid course of alcohol dependence and depressive disorder, in whose therapy resonant-acoustic exposure was used in combination with modern antidepressants. The comparison group (n=30) consisted of women with comorbid alcohol dependence and depressive disorder who received antidepressant therapy. **Study Methods:** clinical-psychopathological, clinical-dynamic, psychometric, clinical-catamnestic, statistical. **Results.** There was the most common in the surveyed group of women, comorbid combination of alcoholism with dysthymia, depression of mild and moderate severity. Alcohol dependence is often the cause of development and modifies the manifestations of depression, just like depression, it often has a significant impact on the nature of the course of addictive pathology. The article shows the effectiveness and benefits of using resonant-acoustic exposure in the complex therapy of depressive disorders in women with alcohol dependence.

Keywords: alcohol dependence, affective disorders, anti-craving therapy, nonmedication methods, resonant-acoustic effects.

Received February 10.2022

Accepted May 27.2022

Rozin Alexander I., PhD in Medicine, psychiatrist of the fourth clinical psychiatric department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia. RSCI SPIN-code 5214-1468. Author ID RSCI 625260. ORCID iD 0000-0001-8617-4754.

Kisel Natalya I., PhD in Medicine, head of the fourth clinical psychiatric department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia. RSCI SPIN-code 2861-1544. Author ID RSCI 974543. tashakisa@yandex.ru

Gusev Sergey I., MD in Medicine, Professor of the Department of Social and Cultural Activities, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kemerovo State Institute of Culture", Associate Professor of the Higher Attestation Commission of the Russian Federation, Kemerovo, Russian Federation. RSCI SPIN-code 700999. Researcher ID Y-3551-2018. ORCID iD 0000-0001-8298-9710. guss59@mail.ru

✉ Rozin Alexander I., rozin1982@gmail.com

УДК 613.83-024.12:616.895.87:616.-89.008.44:616.8-085.851:316.353

Для цитирования: Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю. Реабилитация в аддиктивных психотерапевтических сообществах психически больных с коморбидным злоупотреблением синтетическими каннабиноидами. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 2 (115). С. 48-56. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-48-56](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-48-56)

Реабилитация в аддиктивных психотерапевтических сообществах психически больных с коморбидным злоупотреблением синтетическими каннабиноидами

Бохан Н.А.^{1,2}, Селиванов Г.Ю.^{3,4}

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

² ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России
Россия, 634050, Томск, Московский тракт, 2

³ СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер № 5»
Россия, 195167, Санкт-Петербург, шоссе Революции, 17

⁴ СПб УГПС МЧС России им. Героя РФ генерала армии Е.Н. Зиничева
Россия, 196105, Санкт-Петербург, пр. Московский, 149

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Происходящий кризис в ценностных представлениях и общественной идеологии, стремление к развлечениям и отдыху (фетиш удовольствия и воплощения желаний), конструируемое современным информационным полем, во многом способствовали экспансии асоциальных тенденций в различных социальных группах населения – от подростковой и молодежной микросреды до лиц зрелого возраста. С этих позиций широкую вовлеченность в «креативное» употребление синтетических наркотиков следует рассматривать как естественный результат утраченной морально-этической базы и стереотипизации потребительского поведения личности. Маргинализация современной реальности нуждается в мобильном переустройстве социальных институтов, включая практику здравоохранения с приоритетом реабилитационного подхода. **Цель:** разработать реабилитационную программу для больных с психическими расстройствами, злоупотребляющих синтетическими каннабиноидами. **Объект исследования:** в общую выборку ($n=247$) включены лица мужского пола (средний возраст $31,2 \pm 0,45$ года), злоупотребляющие синтетическими каннабиноидами (F12.2). Из них у 127 обследованных по МКБ-10 диагностированы: специфические расстройства личности (F60), смешанные и другие расстройства личности (F61), стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или болезнью головного мозга длительно сохраняющиеся изменения личности (F62), у 120 – шизофрения параноидная (F20). **Методы:** катamnестический, клинко-психопатологический, психометрический (CGI, SANS), статистический (R version 3.2.4; IBM SPSS Statistics Base 22.0). **Результаты и обсуждение.** Разработанная реабилитационная программа на фоне психофармакотерапии, заменяющая потребность в наркотике на потребность нахождения в социально приемлемых аддиктивных группах, основанная на индивидуальном предпочтении и зависимости от группы, позволяет повысить качество и продолжительность ремиссий, снизить частоту наркотизации, а также улучшает состояние психически больных и уровень их функционирования в социуме.

Ключевые слова: реабилитация, ассоциированные заболевания; коморбидность; синтетические каннабиноиды, злоупотребление, расстройства личности, шизофрения.

ВВЕДЕНИЕ

Поиск приемлемых подходов в реабилитации такой сложной категории пациентов, как психически больные, злоупотребляющие синтетическими каннабиноидами (далее – СК), с каждым годом становится всё более актуальной темой исследований [1, 2]. Это связано с тремя неоспоримыми фактами: первый – неуклонный рост

численности больных, злоупотребляющих психоактивными веществами (далее – ПАВ) и страдающих психическими заболеваниями [3, 4, 15]; второй аргумент – трудности в курабельности больных этой категории [6, 7]; третий неопровержимый факт – финансовое неблагополучие больных, что в целом определяет опыт разработки методов реабилитации [8, 9].

Перед психиатрической службой стоят сложные задачи в разработке простого, экономически выгодного для медицинских организаций альтернативного метода для терапии и реабилитации больных, злоупотребляющих наркотиками [10, 11]. При разработке реабилитационной тактики стоит принимать во внимание особенности механизмов адаптации больных, которые, в частности, характеризуются потребностью в наркотизации [12], дисгармонией в поддержании семейных отношений и профессионального партнёрства, формированием стабильных контактов с ранее или активно наркозависимыми лицами [6, 8, 9]. У больных выявляется стремление наделять ненормативное поведение (аддиктивное и антисоциальное, криминальное) свойством «субъективной нормальности» как способ адаптации и механизм психологической защиты.

Учитывая подверженность данных пациентов влиянию со стороны лиц с аддиктивно направленным поведением, а также использующими ненормативные паттерны, обуславливающие снижение тягостного чувства дискомфорта и напряжения, целесообразна разработка реабилитационного подхода, полагаясь на эти стереотипные механизмы как на регулятивный фактор компенсации данного контингента больных.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать реабилитационную программу для больных с психическими расстройствами, злоупотребляющих синтетическими каннабиноидами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на базах: ФГБУ СибФНКЦ ФМБА России СКБ (Северск), НИИ психического здоровья ФГБНУ Томского НИМЦ РАН (Томск), ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница» (Томск), ОГАУЗ «Станция скорой медицинской помощи» (Томск), «Нижевартовская психоневрологическая больница» (Нижевартовск), СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер № 5» (Санкт-Петербург).

Исследование непрерывного характера, продолжается с середины 2013 г. до 2022 г. включительно.

Критерии включения в исследовательскую выборку: 1) добровольное информированное согласие пациента на участие в исследовании; 2) возраст 18–50 лет; 3) согласие и возможность пациента выполнять необходимые обследования; 4) зависимость от СК; 5) давность заболевания более 3 лет. Критерии исключения: клинически значимое снижение когнитивных функций.

Обследованы (n=247) лица мужского пола, злоупотребляющие СК (F12.2), в возрастном диапазоне от 25 до 34 лет (средний возраст составил 31,2±0,45 года). Участники исследования были разделены на две примерно равнозначные по чис-

ленности группы: основная группа (n=120) – больные параноидной шизофренией (F20.xx+F12.2), группа сравнения (n=127) – пациенты с расстройством личности (F60.xx–F62.xx+F12.2).

Исследование проводилось с использованием основного клинико-психопатологического метода (оценка симптомов, синдромов и актуального психического состояния больных в ситуации ремиссии заболеваний, воздержания от наркотизации в условиях стационара и амбулаторных условиях). Психометрический тестовый инструментарий включал следующие опросники: шкала для оценки негативных симптомов (Scale for the Assessment of Negative Symptoms – SANS; Andreasen N.C., 1982; Мосолов С.Н., 2001), шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impressions Scale – CGI; Busner J., Targum S.D., 2007). Предпочтительный выбор шкалы SANS в сравнении со шкалой оценки позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS; Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A., 1987; Мосолов С.Н., 2001) клинически обоснован её более выраженной дискриминирующей способностью по отношению к негативной симптоматике, детально выявляющей в 4 раза больше симптомов.

Методами систематизации данных являлись организация в базу (Excel, Word) и последующая обработка с помощью программ R (R version 3.2.4) и SPSS-Statistics IBM (SPSS Statistics Base 22.0) с использованием описательной статистики, корреляционного анализа (Spearman Rank Order). Оценка нормальности распределения результатов проводилась с использованием критерия Колмогорова–Смирнова ($p < 0,05$). Значимость различий между выборками оценивалась с помощью критерия Стьюдента (t) при уровне статистической значимости $p < 0,05$. Полученные данные представлены в виде среднего арифметического (M) и ошибки среднего арифметического (m).

По отношению к участникам исследования применялся разработанный нами метод реабилитации (далее – +R), направленный на смену наркозависимого поведения на социально приемлемое аддиктивное. Предложенный способ оказался эффективным методом реабилитации, учитывая подверженность пациентов влиянию со стороны лиц, ранее страдающих наркозависимостью, а также ненормативными формами поведения, обуславливающими снижение чувства психоэмоционального дискомфорта. Смена ненормативного аддиктивного поведения на социально приемлемое аддиктивное поведение в качестве фактора компенсации подтверждалась объективными психометрическими данными и субъективной оценкой больных [13, 14, 15].

Т а б л и ц а 1. Сравнительное распределение пациентов, злоупотребляющих синтетическими каннабиноидами, основной группы и группы сравнения в зависимости от социально-демографических характеристик

Показатель		Параноидная шизофрения (F20.xx+F12.2) n=120		Расстройство личности (F60.xx–F62.xx +F12.2) n=127	
		Абс.	%	Абс.	%
Семейное положение	Холостые	82	68,33	75	59,06
	Состоящие в браке	28	23,33	37	29,13
	Разведенные	10	8,34	15	11,81
Уровень образования	Среднее образование	75	62,5	71	55,9
	Среднее специальное образование	36	30,0	37	29,13
	Неоконченное высшее образование	6	5,0	12	9,46
	Высшее образование	3	2,5	7	5,51
Профессиональная занятость	Неработающие	76	63,33	34	26,78
	Временные (сезонные) заработки	38	31,67	77	60,62
	Постоянное место работы	6	5,0	16	12,6
Группа инвалидности	II группа	102	85,0	0	0
	III группа	18	15,0	0	0

Сравнительный анализ социально-демографических показателей больных, зависимых от СК, не выявил статистически значимых различий между пациентами основной группы и группы сравнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По итогам клинико-психопатологического исследования все пациенты (n=247), злоупотребляющие СК, с коморбидной патологией в соответствии с нозологической формой диагностированного психического заболевания были разделены на группы (табл. 2).

Основную группу составили 120 больных параноидной шизофренией с зависимостью от СК (F20.00x+F12.2): острая интоксикация с делирием (F12.03) – n=42; синдром отмены с делирием (F12.4x) – n=28; психотическое состояние галлю-

цинаторное (F12.52) – n=25; психотическое состояние бредовое (F12.51) – n=20; синдром отмены неосложнённый (F12.3x) – n=5; резидуальные и отсроченные психотические состояния по типу «флешбэка» (F12.70) – n=0.

В группу сравнения вошли 127 больных с расстройствами личности, зависимых от СК (F60.xx–F62.xx+F12.2): острая интоксикация с делирием (F12.03) – n=35; синдром отмены с делирием (F12.4) – n=31; психотическое состояние галлюцинаторное (F12.52) – n=15; резидуальные и отсроченные психотические состояния по типу «флешбэка» (F12.70) – n=14; психотическое состояние бредовое (F12.51) – n=10; синдром отмены неосложнённый (F12.3) – n=7.

Т а б л и ц а 2. Сравнительное распределение пациентов, злоупотребляющих синтетическими каннабиноидами, основной группы и группы сравнения в зависимости от нозологической формы психического заболевания

Заболевания, вызванные употреблением синтетическими каннабиноидами (F12)	Параноидная шизофрения (F20.xx+F12.2) n=120		Расстройство личности (F60.xx–F62.xx +F12.2) n=127	
	Абс.	%	Абс.	%
Острая интоксикация с делирием (F12.03)	42	35	35	27,56
Психотическое состояние бредовое (F12.51)	20	16,67	10	7,87
Психотическое состояние галлюцинаторное (F12.52)	25	20,83	30	23,62
Синдром отмены неосложнённый (F12.3x)	5	4,17	7	5,51
Синдром отмены с делирием (F12.4x)	28	23,33	31	24,41
Резидуальные и отсроченные психотические состояния по типу «флешбэка» (F12.70)	0	0	14	11,02

Прежде чем перейти к детальному рассмотрению предложенного нами способа реабилитации, следует акцентировать внимание на том, что патологическая психопродуктивная симптоматика, вызванная приёмом СК, в отличие от шизофренической патологической психопродуктивной симптоматики на фоне медикаментозной терапии,

характеризовалась тенденцией к субтотальной редукции, что подтверждалось статистически значимыми результатами наших более ранних публикаций [6, 8, 9]. После редукции психопатологических проявлений с помощью дифференцированного выбора психофармакотерапии проводились реабилитационные мероприятия.

Реализация этапов реабилитации в аддитивных психотерапевтических сообществах психически больных с коморбидным злоупотреблением синтетическими каннабиноидами носила 3-ступенчатый характер.

Этап 1. Больные на фоне антипсихотической терапии вводятся в группу лиц антинаркотической направленности с социально приемлемым поведением зависимого типа (аддитивным) на 1-3 месяца и более. Важным моментом является то, что больные, несмотря на различия по нозологии заболевания (шизофренические или иные психические расстройства), становятся участниками одной психотерапевтической группы на принципах равноправия, единства и доверия. Первоначально больным предлагалось выбрать и посетить несколько заинтересовавших их групп встреч с социально приемлемой аддитивной направленностью. Когда из альтернативных вариантов на основе индивидуальных предпочтений пациентом был сделан осознанный выбор, психотерапевт рекомендовал посещать собрания таких групп на регулярной основе с целью свободного обсуждения интересующих проблем между участниками. На стационарном этапе в течение 1 месяца больные плавно входили в состав сообщества во время домашних отпусков – 2-3 встречи в неделю, от 60 до 120 минут. На амбулаторном этапе (стандартное диспансерное динамическое наблюдение участковым врачом-психиатром, регулярное посещение врача в зависимости от уровня наблюдения, особенно при низкой приверженности к лечению) продолжается мотивированное посещение и взаимодействие пациента с участниками сообществ. В процессе сплоченного сотрудничества в коммуникативном пространстве формируется принятие групповых норм и ценностей, идентификация собственного «Я» с группой. Режим общих собраний организован в прежнем формате, как и на стационарном этапе, – 2-3 встречи в неделю, продолжительность каждой составляла 1-2 часа.

Этап 2. Больные могут лавировать, приспосабливаясь к обстоятельствам, а в случае утраты интереса или доверия к одной из групп антинаркотической направленности с социально приемлемым поведением зависимого типа (аддитивным) или в конфликтной ситуации могут свободно переходить в группы другого направления. Количество курсов и продолжительность занятий устанавливаются индивидуально в зависимости от состояния и возраста больного, тяжести болезни.

Этап 3. Если происходит нарастание патологической психопродуктивной симптоматики, встречи в группах отменяются до полного устранения психопатологических симптомов.

Таким образом, разработанный нами способ реабилитации повышает социализацию пациентов, улучшает качество ремиссии (критичная оценка своего состояния и поведения, контроль действий), формирует антинаркотическое поведение, снижает уровень госпитализма. Формируется алгоритм, т.е. стереотип поведения, образ действия с оценкой своих потенциальных возможностей и опасностей и учетом ситуативных детерминант. Варианты групп с социально приемлемым аддитивным (антинаркотическим, зависимого типа поведением): чаеманы, матеманы, кофеманы с обстоятельным соблюдением правил церемонии; курители электронных сигарет и вейпов; сообщества религиозного формата, не относящиеся к запрещенным в РФ сектам и деструктивным организациям; сообщества с ориентацией на здоровый образ жизни; субкультурные сообщества с включением театрализованных и музыкальных представлений, косплеи; группы анонимных наркоманов и алкоголиков; волонтерские организации разной направленности; сообщества по татуированию.

По итогам реабилитационных мероприятий в обеих группах пациентов была констатирована положительная динамика в соответствии с показателями оценки психического состояния и личностного функционирования (табл. 3).

Т а б л и ц а 3. Сравнительное распределение показателей по шкале CGI среди пациентов, злоупотребляющих синтетическими каннабиноидами, основной группы и группы сравнения

Диагноз психического и наркологического заболеваний	Оценка (в баллах) общего улучшения состояния по шкале CGI-I перед/после антипсихотической терапии, а также с включением метода реабилитации по смене наркозависимого поведения на социально приемлемое аддитивное
F20.XX+F12.2 before	2,51±0,55
F20.XX+F12.2 after	1,98±0,65
F20.XX+F12.2 +R before	2,55±0,55
F20.XX+F12.2 +R after	1,34±0,25
F60.XX–F62.XX+F12.2 before	2,12±0,25
F60.XX–F62.XX+F12.2 after	2,25±0,65
F60.XX–F62.XX+F12.2 before	2,21±0,25
F60.XX–F62.XX+F12.2 after	0,89±0,18

Полученные с помощью шкалы CGI-I количественные данные демонстрируют хорошую эффективность метода реабилитации по смене поведенческого личностного стереотипа через освоение и осознанное принятие нормативных представлений, отношений и ценностей групп лиц с социально приемлемой аддиктивной направленностью. Среди злоупотребляющих СК как с ко-

морбидной шизофренией, так и с расстройствами личности выявлено улучшение общего психического состояния и функционирования в ремиссии на фоне антипсихотической терапии, дополненной мотивационной психотерапией.

Далее была проведена оценка показателей по шкале SANS в группе зависимых от СК, страдающих шизофренией (рис. 1 и 2).

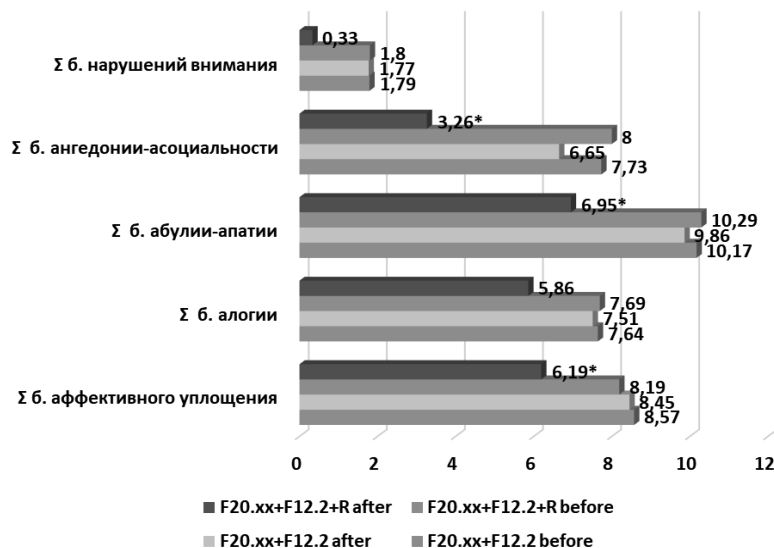


Рисунок 1. Распределение показателей негативной симптоматики по 5 диагностическим пунктам SANS среди злоупотребляющих СК пациентов основной группы перед/после антипсихотической терапии и с включением метода реабилитации по смене наркозависимого поведения на социально приемлемое аддиктивное

Примечание. Уровень статистической значимости: * – $p < 0,05$.



Рисунок 2. Распределение показателей по субшкале измерения негативных симптомов SANS среди злоупотребляющих СК пациентов основной группы перед/после антипсихотической терапии и с включением метода реабилитации по смене наркозависимого поведения на социально приемлемое аддиктивное

Примечание. Уровень статистической значимости: * – $p < 0,05$.

В свою очередь обнаруженные количественные данные по шкале SANS, как и по CGI-I, отражают высокую результативность метода реабилитации по качественному изменению деструктивной деформации личности через дрейф вхождения в структуру групп лиц с социально прием-

лемой аддиктивной направленностью. Это выражается в снижении числа совершенных общественно опасных действий, уменьшении частоты и тяжести приступов к клинической картине коморбидного заболевания, замедлении темпа прогредиентности болезненного процесса.

К примеру, наблюдается выраженное снижение негативной симптоматики у пациентов основной группы (ангедонии-асоциальности, абупии-апатии, аффективного уплощения). Более того, продолжительность ремиссий в обеих группах в среднем возросла до $5 \pm 0,25$ месяца.

Нами определены предикторы выраженной положительной клинической динамики, сопровождающейся удлинением периода ремиссий, улучшением психического состояния и функционирования по данным катамнеза. В первую очередь следует отметить, что совместное нахождение пациентов двух групп представляет собой новый потенциальный феномен. Смешанное пребывание в группе оказывало благотворное влияние: пациенты без эндогенного процесса наделяли себя квазиотцовскими полномочиями и опекали шизофренизированных пациентов. Как нам представляется, это содействует снижению прогрессивности негативной симптоматики, сохранению имевшихся ранее навыков (коммуникативной, письменной, трудовой и речевой активности). Вместе с тем пациенты с шизофреническим процессом неотступно формировали в групповом окружении стойкие идеи о трагических последствиях употребления наркотиков. Для больных с расстройствами личности такая проективная идентификация становилась прочным «якорем», удерживающим от наркотизации. Наблюдалось формирование парадоксального союза, объединённого общей зависимостью от СК и пониманием особенностей данного процесса, и появлялась реальная возможность помочь лицам со схожей проблемой, заимствуя, расширяя и перерабатывая опыт друг друга. И напротив, при отсутствии такого коммуникативного контакта у больных с расстройством личности наблюдалось сужение эмоциональных потребностей и сведение круга общения исключительно с «закоренелыми» аддиктами, т.е. по сути, происходила шизофренизация личности [13, 15].

ВЫВОДЫ

Разработанный нами метод реабилитации по смене поведенческого личностного стереотипа, используемый на фоне персонализированной психофармакотерапии, служит поддержкой в замене потребности в приёме наркотика на потребность нахождения в социально приемлемых аддиктивных группах. Новообразованная потребность основывается на индивидуальном интересе, предпочтении и зависимости от группы. Достигнутое личностное самоопределение и трансформированная мотивация повышают эффективность комплексной терапии, улучшая состояние психически больных, уровень их функционирования, качество и продолжительность ремиссий и снижая частоту наркотизации.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование проводилось в соответствии с бюджетным финансированием в рамках выполнения комплексной темы НИР «Разработка персонализированной терапии больных с коморбидными формами наркологических расстройств» (номер регистрации АААА-А20-120041690007-2) и «Технологии комплексной персонализированной терапии больных с непсихотическими психическими расстройствами» (номер регистрации АААА-А20-120041690008-9).

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование одобрено Этическим комитетом НИИ психического здоровья ТНИМЦ РАН (протоколы № 114 от 22 октября 2018 г. и № 133 от 19 июня 2020 г.) и соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА.

БЛАГОДАРНОСТИ

Выражаем благодарность за содействие при проведении исследований врачам-психиатрам СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер № 5» (Санкт-Петербург) Л.Г. Серазетдиновой, О.Р. Московцевой, Н.Ю. Ясюкевич и врачу-психиатру, наркологу БУ «Нижевартовская психоневрологическая больница» (Нижевартовск) К.А. Блонскому за помощь и содействие в проведении исследования и сборе материала.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. World Drug Report 2021. Booklet 1 – Executive Summary Policy Implications. United Nations publication, Sales No. E.21.XI.8. Vienna: UN, Office on Drugs and Crime, June 2021.
2. World Drug Report 2021. Booklet 3 – Drug Market Trends: Cannabis, Opioids. United Nations publication, Sales No. E.21.XI.8. Vienna: UN, Office on Drugs and Crime, June 2021.
3. Клименко Т.В., Шахова С.М., Козлов А.А. Психотические расстройства вследствие употребления синтетических каннабиноидов (спайсов). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017. № 2 (95). С. 26-30. Klimenko TV, Shakhova SM, Kozlov AA. Psychotic disorders after use of synthetic cannabinoids (spice). Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2017;2(95): 26-30 (in Russian).
4. Климова И.Ю., Овчинников А.А., Карпушкин А.М. Клинические особенности параноидной шизофрении, коморбидной с синдромом зависимости от употребления каннабиноидов (начало употребления каннабиноидов до манифестации параноидной шизофрении). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2020. № 2 (107). С. 34-40. Klimova IYu, Ovchinnikov AA, Karpushkin AM. Clinical features of paranoid schizophrenia, comorbid with a syndrome of dependence on the use

- of cannabinoids (the beginning of cannabinoid use before the manifestation of paranoid schizophrenia). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2020;2(107):34-40. DOI: 10.26617/1810-3111-2020-2(107)-34-40 (in Russian).
5. Colizzi M, Weltens N, McGuire P, Lythgoe D, Williams S, Van Oudenhove L, Bhattacharyya S. Delta-9-tetrahydrocannabinol increases striatal glutamate levels in healthy individuals: implications for psychosis. *Mol Psychiatry*. 2020 Dec;25(12):3231-3240. doi: 10.1038/s41380-019-0374-8. Epub 2019 Feb 15. PMID: 30770892; PMCID: PMC7714685.
 6. Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю., Блонский К.А. Превентивная терапия скорой медицинской помощи при психических расстройствах, коморбидных со злоупотреблением синтетическими каннабиноидами. *Наркология*. 2022. Т. 21, № 5. С. 16-24. Bokhan NA, Selivanov GYu, Blonsky KA. Preventive emergency therapy for psychiatric disorders comorbid with synthetic cannabinoid abuse. *Narcology*. 2022;21(5):16-24. DOI: 10.25557/1682-8313.2022.05.16-24 (in Russian).
 7. Кекелидзе З.И., Клименко Т.В., Козлов А.А., Шахова С.М. Лечение острого психоза вследствие употребления синтетических каннабиноидов. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017. № 3 (96). С. 16-20. Kekelidze ZI, Klimenko TV, Kozlov AA, Shakhova SM. Therapy of acute psychosis due to use of synthetic cannabinoids. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017;3(96):16-20. DOI: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-16-20 (in Russian).
 8. Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю., Сальников А.А., Блонский К.А. Психические расстройства, ассоциированные со злоупотреблением синтетическими каннабиноидами (спайсами). *Психиатрия*. 2021. Т. 19, № 2. С. 6-16. Bokhan NA, Selivanov GYu, Salnikov AA, Blonsky KA. Mental disorders associated with the abuse of synthetic cannabinoids (Spices). *Psychiatry*. 2021;19(2):6-16. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-2-6-16> (in Russian).
 9. Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю., Лаврова У.А., Сальников А.А. Клиническая типология негативной (дефицитарной) симптоматики у больных параноидной шизофренией, зависимых от синтетических каннабиноидов (спайсов). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019. № 4 (105). С. 34-44. Bokhan NA, Selivanov GYu, Lavrova UA, Salnikov AA. Clinical typology of negative (deficit) symptoms in patients with paranoid schizophrenia dependent on synthetic cannabinoids (spice). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019;4(105):34-44. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-4\(105\)-27-37](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-4(105)-27-37) (in Russian).
 10. Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю., Сальников А.А., Блонский К.А. Синдром отмены при зависимости от синтетических каннабиноидов, ассоциированной с психическими расстройствами. *Вопросы наркологии*. 2020. № 12 (195). С. 5-18. Bokhan NA, Selivanov GYu, Salnikov AA, Blonsky KA. Withdrawal syndrome in synthetic cannabinoid dependence associated with mental disorders. *Journal of Addiction Problems*. 2020;12(195). 5-18. DOI: 10.47877/0234-0623_2020_12_5 (in Russian).
 11. Хритинин Д.Ф., Шамов С.А., Цыганков Б.Д., Сметанников В.П. Ксенотерапия опийной и алкогольной зависимости. 2-е издание. М.: Изд-во ПД «Куранты», 2008. 192 с. Khritinin DF, Shamov SA, Tsygankov BD, Smetannikov VP. Xenotherapy of opium and alcohol addiction. 2nd edition. Moscow: PD "Kuranty" Publishing House, 2008:192 (in Russian).
 12. Haro JM, Kamath SA, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A, Rodríguez MJ, Rele R, Orta J, Kharbeng A, Araya S, Gervin M, Alonso J, Mavreas V, Lavrentzou E, Lontos N, Gregor K, Jones PB; SOHO Study Group. The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2003;(416):16-23. doi: 10.1034/j.1600-0447.107.s416.5.x. PMID: 12755850.
 13. O'Neill A, Wilson R, Blest-Hopley G, Annibale L, Colizzi M, Brammer M, Giampietro V, Bhattacharyya S. Normalization of mediotemporal and prefrontal activity, and mediotemporal-striatal connectivity, may underlie antipsychotic effects of cannabidiol in psychosis. *Psychol Med*. 2021 Mar; 51(4):596-606. doi: 10.1017/S0033291719003519. Epub 2020 Jan 29. PMID: 31994476.
 14. Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю., Блонский К.А., Лаврова У.А. Особенности социально-психологической адаптации пациентов с параноидной формой шизофрении, страдающих зависимостью от синтетических каннабиноидов (спайсов). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018. № 2 (99). С. 93-98. Bokhan NA, Selivanov GYu, Blonsky KA, Lavrova UA. Features of socio-psychological adaptation of patients with paranoid form of schizophrenia complicated by synthetic cannabinoids (spice) dependence. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 2 (99): 93-98. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2\(99\)-93-98](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2(99)-93-98) (in Russian).
 15. Selivanov GY, Bokhan NA. Psycho-social adaptation in patients with paranoid schizophrenia addicted to synthetic cannabinoids (spice). *Journal of Concurrent Disorders*. 2021. DOI: 10.54127/BQBR4013

Поступила в редакцию 04.04.2022

Утверждена к печати 27.05.2022

Бохан Николай Александрович – академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, руководитель отделения аддиктивных 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.

Селиванов Георгий Юрьевич – кандидат медицинских наук, врач психиатр, нарколог, психотерапевт СПб ГБУЗ «Психоневрологического диспансера № 5»; доцент кафедры педагогики и психологии экстремальных ситуаций, СПб УГПС МЧС России им. Героя РФ генерала армии Е.Н. Зиничева. ResearcherID AAB-3859-2021. Author ID РИНЦ 1034590 ORCID iD 0000-0002-8555-3987. SPIN-код РИНЦ 2758-2820. GoogleScholarID jV1zvE4AAAAJ.

✉ Селиванов Георгий Юрьевич, gergy89selivanov@gmail.com

UDC 613.83-024.12:616.895.87:616.-89.008.44:616.8-085.851:316.353

For citation: Bokhan N.A., Selivanov G.Yu. Rehabilitation in addictive psychotherapeutic communities of mental patients with comorbid abuse of synthetic cannabinoids. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2022; 2 (115): 48-56. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-48-56](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-48-56)

Rehabilitation in addictive psychotherapeutic communities of mental patients with comorbid abuse of synthetic cannabinoids

Bokhan N.A.^{1,2}, Selivanov G.Yu.^{3,4}

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

² *Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Siberian State Medical University"
Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russian Federation*

³ *St. Petersburg State Budgetary Institution of Health Care "Psycho-Neurological Dispensary no. 5"
Revolution Highway 17, 195167, St. Petersburg, Russian Federation*

⁴ *Saint-Petersburg University of State Fire Service of Emercom of Russia
Moscow Avenue 149, 196105, St. Petersburg, Russian Federation*

ABSTRACT

Background. The ongoing crisis in value ideas and social ideology, the desire for entertainment and recreation (the fetish of pleasure and the fulfillment of desires) constructed by the modern information field, largely contributed to the expansion of asocial tendencies in various social groups of the population – from adolescent and youth microenvironment to people of mature age. From these positions, the widespread involvement in the “creative” use of synthetic drugs should be considered as a natural result of the lost moral and ethical base and the stereotyping of consumer behavior of the individual. The marginalization of modern reality requires a mobile restructuring of social institutions, including the practice of health care with the priority of the rehabilitation approach. **Objective:** to develop a rehabilitation program for patients with mental disorders who abuse synthetic cannabinoids. **Object of study:** the total sample (n=247) included males (mean age 31.2±0.45 years) who abused synthetic cannabinoids (F12.2). Of these, 127 examined according to ICD-10 were diagnosed with: specific personality disorders (F60), mixed and other personality disorders (F61), persistent personality changes not associated with brain damage or disease, enduring personality changes (F62), 120 – paranoid schizophrenia (F20). **Methods:** follow-up, clinical-psychopathological, psychometric (CGI, SANS), statistical (R version 3.2.4; IBM SPSS Statistics Base 22.0). **Results and Discussion.** The developed rehabilitation program against the background of psychopharmacotherapy, which replaces the need for a drug with the need to be in socially acceptable addictive groups, based on individual preference and dependence on the group, improves the quality and duration of remissions, reduces the frequency of drug addiction, and also improves the condition of the mentally ill and the level of their functioning in society.

Keywords: rehabilitation, associated diseases; comorbidity; synthetic cannabinoids, abuse, personality disorders, schizophrenia.

Received April 04.2022

Accepted May 27.2022

Bokhan Nikolay A., academician of RAS, MD in Medicine, 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, Russia. Author ID Scopus 6506895310. ORCID iD 0000-0002-1052-855X. ResearcherID P-1720-2014. Author ID RISC 152392. SPIN-code RISC 2419-1263.

Selivanov Georgy Yu., PhD in Medicine, psychiatrist, addiction specialist, psychotherapist, St. Petersburg State Budgetary Institution of Healthcare “Psychoneurological Dispensary no. 5”; Associate Professor, Department of Pedagogy and Psychology of Extreme Situations, Saint Petersburg University of State Fire Service of Emercom of Russia, St. Petersburg, Russia. ResearcherID AAB-3859-2021. Author ID RSCI 1034590. ORCID iD 0000-0002-8555-3987. SPIN-code RSCI 2758-2820. Google Scholar ID jV1zvE4AAAAJ.



Selivanov Georgy Yu., gergy89selivanov@gmail.com

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

УДК 616.891.6:616.037:615.214:616-036.8

Для цитирования: Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Зайцева О.Г., Александрова Л.А. Сравнительная эффективность антидепрессивной терапии генерализованного тревожного расстройства в зависимости от ведущего симптомокомплекса. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 2 (115). С. 57-63. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-57-63](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-57-63)

Сравнительная эффективность антидепрессивной терапии генерализованного тревожного расстройства в зависимости от ведущего симптомокомплекса

Бойко Е.О.¹, Ложникова Л.Е.¹, Зайцева О.Г.¹, Александрова Л.А.²

¹ ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Россия, 350063, Краснодар, ул. Митрофана Седина, 4

² ООО «Центр профессиональной терапии»
Россия, 350051, Краснодар, ул. Шоссе Нефтяников, 37/5

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Генерализованное тревожное расстройство (F41.1; далее – ГТР) повышает риск сердечно-сосудистой патологии, ранней смертности от коморбидной соматической болезни или суицида, является причиной психосоциальной дезадаптации и неудовлетворенности качеством жизни. На долю ГТР приходится более четверти случаев всех тревожных расстройств. Неоднородная клиническая картина и высокая степень распространенности ГТР определяют необходимость использования дифференцированного подхода к выбору терапии, разработки принципов и подходов с позиций персонифицированной медицины. **Цель:** изучить дифференцированное применение антидепрессантов в терапии больных с ГТР в соответствии с ведущим симптомокомплексом. **Материалы и методы.** С помощью пробы сердечно-дыхательного синхронизма проведена оценка регуляторно-адаптивных возможностей организма у 150 пациентов с ГТР в ходе динамического наблюдения за результатами антидепрессивной терапии. **Результаты.** Изучение регуляторно-адаптивных возможностей, основанное на сравнительной оценке общего функционального состояния и уровня работоспособности организма у больных с ГТР, согласно данным динамики проводимой психофармакотерапии показало, что преобладание ведущего симптомокомплекса выступает фактором, обуславливающим индивидуально-дифференцированное назначение антидепрессанта. Для пациентов с идеаторным типом генерализованного тревожного расстройства наиболее эффективным препаратом выбора является венлафаксин, с вегетативным типом – пароксетин, с мышечным типом – мirtазапин.

Ключевые слова: генерализованное тревожное расстройство, регуляторно-адаптивные возможности, сердечно-дыхательный синхронизм, эффективность антидепрессивной терапии.

ВВЕДЕНИЕ

В последнее время все более актуальной становится проблема своевременной диагностики и терапии генерализованного тревожного расстройства. Вероятно, это объясняется неоднородной клинической картиной и высокой степенью распространенности состояния тревоги среди различных популяций населения во всем мире [1, 2]. Из перечня тревожных расстройств ГТР относится к группе заболеваний, которые на сегодняшний день выявляются не в полной мере. Ряд исследователей связывают происходящее с относительной новизной данной нозологической категории [3, 4]. Для большинства врачей длительное

время привычнее и понятнее было использование диагноза «тревожный невроз». Часть ныне действующих обучающих программ для психиатров по-прежнему базируется на утратившей актуальность концепции неврозов, что приводит к сложностям и разногласиям при диагностике и терапии. По данным современных авторов, на долю ГТР в структуре тревожных расстройств приходится более 50% обращений к специалистам первичной медицинской сети. Заболевание чаще возникает в молодом возрасте и на фоне коморбидной соматической патологии [5]. Допустимо, что с соматической отягощенностью связана высокая распространенность и первоначальное обращение

пациентов данной категории на прием к врачам соматического профиля. Как правило, к моменту установления диагноза ГТР врачом-психиатром длительность заболевания составляет от 5 до 10 лет, при этом упускается благоприятный момент для эффективного лечения.

Современная концептуализация этиологии тревожных расстройств включает сочетанное взаимодействие психосоциальных факторов: неблагоприятное положение в детском возрасте, перенесенный травматический стресс, генетическая уязвимость, проявляющаяся в нейробиологических и нейропсихических нарушениях. Несмотря на публикуемые результаты нейробиологических исследований, конкретные биомаркеры тревожных расстройств, которые могли бы доказательно использоваться в распознавании (идентификации) лиц, подверженных риску развития тревожных расстройств, пока еще не определены [6, 7, 8].

В психофизиологической литературе приводятся данные, что большинство пациентов с ГТР находятся в состоянии вегетативно-сосудистой и психоэмоциональной дисрегуляции, имеют низкую вариабельность сердечного ритма и высокую частоту сердечных сокращений, более высокие уровни проводимости кожи на исходном уровне по сравнению с контрольной группой и больными с другими тревожными расстройствами [9]. Симптомы тревоги варьируются от слабо выраженных до изнурительно-интенсивных. Врачам необходимо определиться с дальнейшей тактикой индивидуального лечения каждого пациента с учетом совокупности факторов. Решение о выборе терапии зависит от интенсивности и продолжительности тревожной симптоматики, её влияния на функционирование пациента в повседневной жизни, а также определяется с учетом сопутствующих заболеваний.

Пациентам с легкой степенью тревоги (менее 9 баллов по шкале ГТР-7), с непродолжительной длительностью заболевания и без сопутствующей соматической патологии чаще всего в качестве первой линии выбора рекомендуется поддерживающая или когнитивно-поведенческая психотерапия. Пациентам, набравшим более 15 баллов по шкале ГТР-7, лечение целесообразно начинать с назначения лекарственных препаратов [10].

Согласно современным клиническим рекомендациям, эффективными для лечения ГТР являются антидепрессанты с разными механизмами действия, в частности пароксетин (СИОЗС), венлафаксин (СИОЗСН) и мirtазапин (тетрациклический антидепрессант). Существующая в современной литературе отчетливая рассогласованность между показателями результативности терапевтической эффективности не предоставляет возможность дифференцированного выбора оп-

тимального медикаментозного средства. Очевидно, это связано с неоднородностью клинической картины ГТР, предопределяющей различия в чувствительности больных к разным группам антидепрессантов, а также с отсутствием объективных инструментов оценки состояния [11].

По данным обзора публикаций, 4–6-недельная монотерапия СИОЗС предусматривает наращивание дозы до максимальной в случае эффективности. При отсутствии терапевтического ответа антидепрессанты заменяют прегабалином, а прегабалин – антидепрессантами групп СИОЗС и СИОЗСН. Ни один нейролептик не утвержден как рекомендуемый для лечения ГТР препарат, хотя встречаются указания на их эффективность при ряде резистентных к терапии вариантов [12].

В качестве препаратов первой линии выбора при ГТР рекомендуются СИОЗС (пароксетин, эсциталопрам, сертралин) и СИОЗСН (венлафаксин, дулоксетин); приводятся доказательства эффективности трициклических антидепрессантов (кломипрамин) [13].

Терапия больных с ГТР антидепрессантом двойного действия (венлафаксин), транквилизатором бензодиазепинового (алпразолам) и небензодиазепинового (афобазол) ряда показала сходную частоту достижения ремиссии при приеме алпразолама и венлафаксина (58,9% и 53,8%), но более высокую по сравнению с афобазолом (37,7%). Наибольшая скорость достижения ремиссии отмечается при терапии алпразоламом (21-й день терапии), средняя – при приеме венлафаксина (28-й день), наименьшая – при использовании афобазола (35-й день). Более высокие показатели социальной адаптации наблюдались при назначении венлафаксина по двум субшкалам (работа и семейное функционирование), по interpersonalному общению – в группе алпразолама; при применении афобазола отмечались самые низкие показатели по всем сферам социального функционирования. Венлафаксин редуцирует аффективную тревогу, алпразолам – напряжение/соматическую тревогу, афобазол – озабоченность/когнитивную тревогу [14].

Присоединение антипсихотиков к антидепрессантам повышает эффективность терапии резистентного ГТР более чем на 80%. Потенцирование действия антидепрессантов при терапии атипичными антипсихотиками (кветиапин) по сравнению с типичными (флюпентиксол) приводит к более быстрому наступлению респонса и ремиссии, более выраженной редукции «психической» тревоги, но меньше воздействует на соматический компонент. Явления соматической тревоги устраняются стандартной терапией флюпентиксолом 1-5 мг или кветиапином 25-100 мг, «психической» тревоги – кветиапином [15].

Одним из способов объективизации и количественной оценки состояния при лечении ГТР является проба сердечно-дыхательного синхронизма (СДС), характеризующая регуляторно-адаптивные возможности организма и основанная на тесной функциональной связи центральных механизмов ритмогенеза дыхания и сердца, возможности произвольного управления ритмом дыхания. Участие в реализации СДС многоуровневых афферентных и эфферентных структур ЦНС от момента восприятия сигнала до реализации сформированной реакции ВНС обуславливает использование данного исследования в качестве метода комплексной оценки состояния регуляторно-адаптивных возможностей организма [16].

При описании критериев диагностики ГТР мы воспользовались клиническими рекомендациями, традиционно выделяющими три ведущих симптомокомплекса соответственно выраженности компонентов тревоги.

1. Идеаторный, при котором преобладают тревожные мысли и неоправданное беспокойство о состоянии своего здоровья, пессимистичные представления о будущем. Данные представления не поддаются контролю самим пациентом.

2. Моторный, характеризующийся мышечным напряжением, невозможностью расслабиться, головными болями напряжения, ригидностью мышц, суетливостью, ноющими мышечными болями, ощущением внутренней дрожи.

3. Вегетативный, проявляющийся симптомами повышенного потоотделения, тахикардии, дискомфорта в эпигастрии, сухости во рту, головокружения. Возможны тошнота, нарушения сна и другие симптомы вегетативного возбуждения.

В зависимости от доминирования в клинической картине того или иного симптомокомплекса представляется целесообразным выделение соответствующего симптомокомплекса – типа ГТР (идеаторного, моторного и вегетативного).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить дифференцированное применение антидепрессантов в терапии больных с генерализованным тревожным расстройством на основе ведущего симптомокомплекса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 150 пациентов с диагностированным ГТР (F41.1), находившиеся на стационарном лечении в ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края.

Критериями включения в выборку являлись пациенты с установленным диагнозом ГТР в возрасте от 25 до 40 лет. Обязательным условием отбора было добровольное информированное согласие пациентов.

Критерии исключения: больные с диагностированной психотической патологией (шизофрения, шизоаффективное расстройство, органические психотические расстройства), не удовлетворяющие критериям включения, с зависимостью от психоактивных веществ, расстройствами влечений, суицидальным поведением или суицидальными попытками в анамнезе, выраженной соматической патологией.

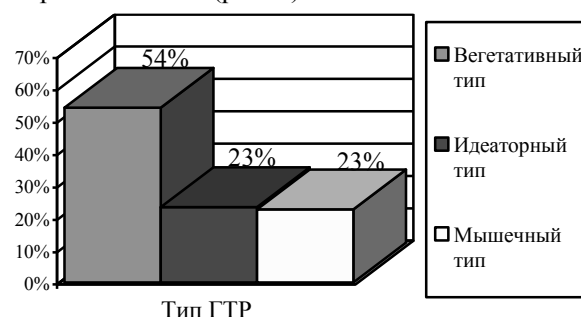
При поступлении пациентов на стационарное лечение определение параметров сердечно-дыхательного синхронизма проводили с помощью компьютера, соединенного с обследуемым устройством (микропроцессор АЦП «ВНС-Микро» с датчиками для записи ЭКГ со специально созданной программой) [16]. Для оценки состояния пациентов и эффективности проводимой терапии использовались следующие психометрические инструменты: шкалы тревоги Гамильтона и общего клинического впечатления (CGI-S).

Респонденты в соответствии с назначенной в течение 6 недель антидепрессивной терапией были разделены на три группы. 1-я группа – получавшие венлафаксин в дозе 75–225 мг/сут, 2-я группа – мirtазапин в дозе 15–45 мг/сут, 3-я группа – пароксетин в дозе 20–40 мг/сут.

При обработке статистических данных использовались лицензионные комплекты программ Statistika 10.0 и Microsoft Excel for Windows Russian.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все пациенты были подразделены на 3 клинические группы на основании выявленного у них ведущего симптомокомплекса в рамках психопатологической структуры генерализованной тревоги. Анализ полученных данных продемонстрировал преобладание больных с вегетативным типом ГТР ($n=81$; 54,0%). В то время как частота встречаемости идеаторного ($n=35$; 23,4%) и мышечного ($n=34$; 22,6%) типов ГТР оказалась практически равнозначной (рис. 1).



Р и с у н о к 1. Распределение пациентов с генерализованным тревожным расстройством в зависимости от ведущего симптомокомплекса

Наиболее высокое среднее значение индекса регуляторно-адаптивных способностей (ИРАС) при поступлении в стационар выявлен у пациентов с идеаторным типом ГТР (39,5), превышавшее таковые показатели при вегетативном (30,1) и мышечном (17,1) типах ГТР. Данный обобщающий интегративный показатель предоставляет возмож-

ность количественно оценивать регуляторно-адаптивный потенциал организма обследуемого и проанализировать происходящую в процессе психофармакотерапии динамику состояния.

В таблице 1 представлены результаты ИРАС и параметры СДС по результатам антидепрессивной терапии больных с различными типами ГТР.

Т а б л и ц а 1. Распределение пациентов с различными типами ГТР в зависимости от величины ИРАС и параметров СДС после 6-недельной терапии мirtазапином, венлафаксином и пароксетином

Параметр	Тип ГТР		
	Идеаторный	Вегетативный	Мышечный
Лечение мirtазапином			
Диапазон синхронизации в кардиореспираторных циклах	9,7±0,4	10,3±0,3	11,5±0,2
Длительность развития синхронизации в кардиоциклах	19,1±0,3	22,2±0,5	20,0±0,7
ИРАС	40,4±0,6	46,4±0,3	57,5±0,5
Лечение венлафаксином			
Диапазон синхронизации в кардиореспираторных циклах	12,2±0,4	10,5±0,6	9,8±0,5
Длительность развития синхронизации в кардиоциклах	19,18±0,5	21,5±0,3	23,0±0,6
ИРАС	61,6±0,7	48,8±0,5	42,6±0,6
Лечение пароксетином			
Диапазон синхронизации в кардиореспираторных циклах	10,2±0,9	12,5±0,4	10,5±0,3
Длительность развития синхронизации в кардиоциклах	22,1±0,3	20,7±0,2	23,2±0,5
ИРАС	46,2±0,4	60,4±0,6	45,1±0,5

По результатам проведенного лечения антидепрессантами у пациентов со всеми типами ГТР обнаружено статистически значимое ($p<0,001$) возрастание показателя ИРАС по сравнению с его первоначальным значением при поступлении. Согласно полученным данным, при использовании венлафаксина в антидепрессивной терапии идеаторного типа ГТР произошло наибольшее увеличение показателя ИРАС – до 61,6, что соответствует повышению регуляторно-адаптивных возможностей до оптимального уровня. При лечении вегетативного типа ГТР наиболее эффективным антидепрессантом в устранении напряжения адаптационных процессов оказался пароксетин, при приеме которого регуляторно-адаптивные возможности пациентов повысились до 60,4. Среди пациентов с мышечным типом ГТР наибольший рост показателя ИРАС зарегистрирован при лечении мirtазапином – 57,5.

Полученные данные соответствовали психопатологической картине клинического течения ГТР и подтверждаются результатами обследования пациентов по шкале общего клинического впечатления. Средний суммарный балл по подшкале CGI-S в конечной точке исследования составил 2,30 балла против 4,65 балла при поступлении в стационар, что соотносится со статистически значимой ($p<0,01$) динамикой психического состояния в виде улучшения общего функционирования пациентов и хорошей терапевтической эффективности использованных в течение 6 недель антидепрессантов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итоговые результаты исследования открывают принципиально новые возможности дифференцированного подхода к выбору определенного вида и адекватной дозировки антидепрессанта в терапии ГТР. Выделение типов ГТР с учетом доминирующего симптомокомплекса на практике позволяет эффективно проводить лечение, восстанавливающее деятельность структур мозга, психоэмоциональное и социальное функционирование, мотивационно-поведенческое реагирование. Особенности различных типов ГТР являются существенным фактором, детерминирующим целенаправленное назначение антидепрессантов. Получены статистически значимые ($p<0,001$) доказательства клинической эффективности антидепрессивной терапии: для пациентов с идеаторным типом ГТР наиболее оптимальным препаратом выбора является венлафаксин, с вегетативным типом – пароксетин, с мышечным типом – мirtазапин. Использование пробы сердечно-дыхательного синхронизма в исследовании позволило не только объективизировать полученные данные, но и снизить вероятность развития резистентности.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Совместное исследование не имело спонсорской поддержки или иного финансирования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

В работе соблюдались этические принципы Хельсинкской Декларации ВМА. От всех пациентов получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Исследование одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Вознесенская Т.Г. Генерализованное тревожное расстройство: дифференциальный диагноз и лечение. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013. Т. 5, № 2. С. 18-22. Voznesenskaya TG. Generalized anxiety disorder: Differential diagnosis and treatment. Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2013;5(2):18-22. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2013-2407> (in Russian).
2. Головачева В.А., Парфенов В.А. Тревожные расстройства под маской вегетососудистой дистонии. Медицинский совет. 2017. № 17. С. 26-30. Golovacheva VA, Parfenov VA. Anxiety disorders under the guise of vegetovascular dystonia. Medical Council. 2017;17:26-30. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2017-17-26-30> (in Russian).
3. Лесс Ю.Э. Генерализованное тревожное расстройство: типология и коморбидные состояния. Российский психиатрический журнал. 2008. № 2. С. 40-45. Less YuE. Generalized anxiety disorder: typology and comorbid conditions. Russian Journal of Psychiatry. 2008;2:40-45 (in Russian).
4. Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А., Мосолов С.Н. Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации: результаты опроса врачей-психиатров. Современная терапия психических расстройств. 2017. № 2. С. 2-13. Neznanov NG, Martynikhin IA, Mosolov SN. Diagnosis and treatment of anxiety disorders in the Russian Federation: results of a survey of psychiatrists. Modern Therapy of Mental Disorders. 2017;2:2-13 (in Russian).
5. Залутская Н.М. Генерализованное тревожное расстройство: от механизмов формирования к рациональной терапии. Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2013. № 3. С. 99-110. Zalutskaya NM. Generalized anxiety disorder: from formation mechanisms to rational therapy. Review of Psychiatry and Medical Psychology. 2013;3:99-110 (in Russian).
6. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. Dialogues Clin Neurosci. 2017 Jun;19(2):93-107. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow. PMID: 28867934; PMCID: PMC5573566.
7. Strawn JR, Geraciotti L, Rajdev N, Clemenza K, Levine A. Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in adult and pediatric patients: an evidence-based treatment review. Expert Opin Pharmacother. 2018 Jul;19(10):1057-1070. doi: 10.1080/14656566.2018.1491966. PMID: 30056792; PMCID: PMC6340395.
8. Bandelow B. Current and Novel Psychopharmacological Drugs for Anxiety Disorders. Adv Exp Med Biol. 2020;1191:347-365. doi: 10.1007/978-981-32-9705-0_19. PMID: 32002937
9. Carnevali L, Mancini M, Koenig J, Makovac E, Watson DR, Meeten F, Critchley HD, Ottaviani C. Cortical morphometric predictors of autonomic dysfunction in generalized anxiety disorder. Auton Neurosci. 2019 Mar;217:41-48. doi: 10.1016/j.autneu.2019.01.001. Epub 2019 Jan 4. PMID: 30704974.
10. Stein MB, Sareen J. Clinical practice. Generalized Anxiety Disorder. N Engl J Med. 2015 Nov 19;373(21):2059-68. doi: 10.1056/NEJMcpl502514. PMID: 26580998
11. Сиволап Ю.П. Систематика и лечение тревожных расстройств. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120, № 7. С. 121-127. Sivolap YuP. Systematics and treatment of anxiety disorders. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2020;120(7):121-127. <https://doi.org/10.17116/jnevro2020120071121> (in Russian).
12. Вельтищев Д.Ю. Диагностика и лечение генерализованного тревожного расстройства (обзор литературы). Современная терапия психических расстройств. 2018. № 3. С. 26-37. Veltishchev DYU. Diagnostics and treatment of generalized anxiety disorder (literature review). Modern Therapy of Mental Disorders. 2018;3:26-37. DOI: 10.21265/PSYPH.2018.46.16769 (in Russian).
13. Караваева Т.А., Васильева А.В., Зинченко Ю.П. [и др.] Тревожно-фобические расстройства у взрослых: Клинические рекомендации. Российское общество психиатров. М.: Министерство здравоохранения РФ, 2021. 65 с. Karavaeva TA, Vasilieva AV, Zinchenko YuP. [et al.] Anxiety-phobic disorders in adults: Clinical guidelines. Russian Society of Psychiatrists. Moscow: Ministry of Health of the Russian Federation, 2021:65. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/455_2 (in Russian).
14. Борукаев Р.Р. Сравнительная эффективность антидепрессантов и транквилизаторов при терапии пациентов с генерализованным тревожным расстройством: автореф. дис. ... к.м.н. М., 2010. 19 с. Borukaev RR. Comparative efficacy of antidepressants and tranquilizers in the treatment of patients with generalized anxiety disorder: PhD thesis abstract. Moscow, 2010:19 (in Russian).

15. Будтуева Ф.С. Оптимизация лечения резистентного к стандартной фармакотерапии генерализованного тревожного расстройства нейролептиками: автореф. ... дис. к.м.н. М., 2010. 23 с. Budtueva FS. Optimization of the treatment of generalized anxiety disorder resistant to standard pharmacotherapy with antipsychotics: PhD thesis abstract. Moscow, 2010:23 (in Russian).
16. Покровский В.М. Сердечно-дыхательный синхронизм в оценке регуляторно-адаптивного статуса организма. Краснодар: Изд-во Кубань-Книга, 2010. 243 с. Pokrovsky VM. Cardio-respiratory synchronism in assessing the regulatory-adaptive status of the body. Krasnodar: Kuban-Kniga Publishing House, 2010:243 (in Russian).

Поступила в редакцию 25.02.2022

Утверждена к печати 27.05.2022

Бойко Елена Олеговна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии КубГМУ. AuthorID РИНЦ 277212. SPIN-код РИНЦ 9499-4030.

Ложникова Лариса Евгеньевна, к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии КубГМУ. AuthorID РИНЦ 670489. SPIN-код РИНЦ 8026-7842. ResearcherID ADO-6797-2022.

Зайцева Ольга Геннадиевна, к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии КубГМУ. AuthorID РИНЦ 678408. SPIN-код РИНЦ 4888-7993.

Александрова Людмила Александровна, врач-психиатр ООО «Центр профессиональной терапии».



Ложникова Лариса Евгеньевна, lozhnikova.l.e@gmail.com

UDC 616.891.6:616.037:615.214:616-036.8

For citation: Boiko E.O., Lozhnikova L.E., Zaitseva O.G., Aleksandrova L.A. Comparative efficacy of antidepressant therapy for generalized anxiety disorder depending on the leading symptom complex. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2022; 2 (115): 57-63. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-57-63](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-57-63)

Comparative efficacy of antidepressant therapy for generalized anxiety disorder depending on the leading symptom complex

Boiko E.O., Lozhnikova L.E., Zaitseva O.G., Aleksandrova L.A.

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kuban State Medical University" of the Ministry of Health of Russia
Mitrofan Sedin Street 4, 350063, Krasnodar, Russian Federation

² Limited Liability Company "Center for Occupational Therapy"
Neftyanikov Highway 37/5, 350051, Krasnodar, Russian Federation

ABSTRACT

Background. Generalized anxiety disorder (F41.1; hereinafter referred to as GAD) increases the risk of cardiovascular disease, early mortality from a comorbid somatic disease or suicide, is the cause of psychosocial maladjustment and dissatisfaction with the quality of life. GAD accounts for more than a quarter of all anxiety disorders. The heterogeneous clinical picture and the high prevalence of GAD determine the need for a differentiated approach to the choice of therapy, the development of principles and approaches from the standpoint of personalized medicine. **Objective:** to study the differentiated use of antidepressants in the treatment of patients with GAD in accordance with the leading symptom complex. **Material and Methods.** With the help of a test of cardio-respiratory synchronism, the regulatory-adaptive capabilities of the body were assessed in 150 patients with GAD during dynamic monitoring of the results of antidepressant therapy. **Results.** The study of regulatory-adaptive capabilities, based on a comparative assessment of the general functional state and the level of body performance in patients with GAD, according to the dynamics of psychopharmacotherapy, showed that the predominance of the leading symptom complex is a factor that determines the individually differentiated prescription of an antidepressant. For patients with the ideator type of generalized anxiety disorder, the most effective drug of choice is venlafaxine, with the vegetative type – paroxetine, with the muscular type – mirtazapine.

Keywords: generalized anxiety disorder, regulatory-adaptive capabilities, cardiorespiratory synchronism, efficacy of antidepressant therapy.

Received February 25.2022

Accepted May 27.2022

Boiko Elena O., MD, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation. AuthorID RSCI 277212. SPIN-code RSCI 9499-4030.

Lozhnikova Larisa E., PhD, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation. AuthorID RSCI 670489. SPIN-code RSCI 8026-7842.

Zaitseva Olga G., PhD, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation. AuthorID RSCI 678408, SPIN-code RSCI 4888-7993.

Aleksandrova Lyudmila A., psychiatrist, Center for Occupational Therapy, Krasnodar, Russian Federation.

✉ Lozhnikova Larisa E., lozhnikova.l.e@gmail.com

УДК 616.895.87-055.1-055.2|465*45*78|615.214:632.95.026.4:616.036.8

Для цитирования: Бокша И.С., Шешенин В.С., Савушкина О.К., Терешкина Е.Б., Прохорова Т.А., Почуева В.В., Воробьева Е.А., Бурбаева Г.Ш. Биохимические аспекты применения дополнительной фармакотерапии при лечении психозов позднего возраста. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 2 (115). С. 64-75. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-64-75](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-64-75)

Биохимические аспекты применения дополнительной фармакотерапии при лечении психозов позднего возраста

**Бокша И.С., Шешенин В.С., Савушкина О.К., Терешкина Е.Б.,
Прохорова Т.А., Почуева В.В., Воробьева Е.А., Бурбаева Г.Ш.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Психотические расстройства, формирующиеся в результате взаимного влияния биологических, психофизиологических, психологических и социально-средовых факторов – частое явление в пожилом возрасте. Неоспорима связь между нарастающей динамикой психоза и высокой заболеваемостью и смертностью в контингенте пожилых пациентов, несмотря на различную этиологию и разнообразие клинических проявлений психотических состояний. Антипсихотическую медикаментозную стратегию терапии следует использовать, пунктуально соблюдая меры предосторожности, с целью оптимизации конечных результатов. С позиций системного подхода к повышению результативности комплексной персонализированной терапии больных геронтопсихиатрического профиля не вызывает сомнений необходимость поиска наиболее оптимальных лекарственных средств, назначаемых дополнительно к психотропной терапии пациентам с психозами позднего возраста (ППВ). Подключение дополнительной терапии обусловлено высокой частотой развития нежелательных симптомов, связанных с проявлением побочного действия психотропных препаратов и гетерогенностью клинических и биохимических параметров пожилых пациентов с ППВ. **Цель:** выделить клинические критерии назначения дополнительной антиоксидантной/антигипоксической терапии больным с ППВ и определить биохимические параметры крови, которые являются специфичными ферментативными признаками для этой категории пациентов. **Материал и методы.** С использованием непараметрических методов статистики проведен сравнительный анализ терапевтической эффективности в трех клинических группах пациентов с ППВ, пролеченных по стандартным алгоритмам нейролептической и антидепрессивной терапии. Группа 1 – пациенты, не получавшие дополнительной терапии, кроме основной психотропной (Гр1, n=16). Группа 2 – пациенты, получавшие дополнительно к психотропной терапии 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцинат (мексидол, Гр2, n=20), обладающий антиоксидантным, антигипоксическим и мембранопротекторным действием. Группа 3 – пациенты, получавшие дополнительно к психотропной терапии другие нейрометаболические препараты (Гр3, n=22). Вспомогательная терапия назначалась для устранения/снижения риска развития нежелательной побочной симптоматики в результате действия психотропных препаратов. До и после курса лечения у пациентов с ППВ проводили оценку психического состояния (баллы) с использованием психометрических шкал и определяли биохимические показатели крови (активность ферментов метаболизма глутамата и глутатиона в тромбоцитах и эритроцитах). Ферментативную активность определяли также в контрольной группе, уравниваемой по возрасту и численности представителей каждого пола (n=38). **Результаты.** По данным сравнительного анализа установлено, что активность эритроцитарной глутатионредуктазы (ГР) снижена до и после курса лечения во всех трех клинических группах пациентов при сопоставлении с контрольной группой. В отличие от Гр1 и Гр3, в Гр2 зарегистрировано статистически значимое снижение исходной активности тромбоцитарных глутаматдегидрогеназы (ГДГ) и глутатион-S-трансферазы (ГСТ). После курса сочетанной терапии показатели ГДГ и ГСТ в Гр2 достигли значений, соответствующих значениям в контрольной группе. Вместе с тем в Гр1 показатели ГДГ и ГСТ продемонстрировали ещё большее снижение относительно исходного уровня после психотропного лечения без присоединения антиоксидантной/антигипоксической терапии. Между биохимическими параметрами и количественной балльной оценкой по психометрическим шкалам установлены различные статистически значимые связи во всех трех клинических группах пациентов с ППВ, причем некоторые из них могут выступать в роли прогностических предикторов эффективности лечения.

Ключевые слова: пациенты с диагностированными психозами позднего возраста, основная психофармакотерапия (нейролептики и антидепрессанты), дополнительная антиоксидантная/антигипоксическая фармакотерапия, мексидол, нейрометаболические препараты.

ВВЕДЕНИЕ

Терапевтический эффект препаратов, содержащих янтарную кислоту (ЯК), основан на её биологическом действии. ЯК может выступать в роли специфического лиганда орфанных рецепторов (SUCNR1, GPR91), расположенных на цитоплазматической мембране клеток и сопряженных с G-белками (Gi/Go и Gq). В результате связывания с этими рецепторами ЯК проявляет гормоноподобное действие в различных органах и тканях [1]: при активации этих рецепторов повышается давление крови, увеличивается реабсорбция фосфатов и глюкозы, стимулируется глюконеогенез посредством непрямого усиления образования ренина.

В механизме реакции нейрональных стволовых клеток при трансплантации в мышиную модель рассеянного склероза на внеклеточную ЯК участвует модуляция нейровоспаления с высвобождением противовоспалительного простагландина E2 [2], что снижает повреждение нейронов и выраженность моторных нарушений. Антигипоксический и ряд других системных эффектов ЯК могут основываться на её способности влиять на концентрацию белка hypoxia-inducible factor 1-alpha (HIF-1 α). Отметим, что в отличие от кислорода, активирующего пролилгидроксилазные реакции, ответственные за убиквитин-зависимый протеолиз HIF-1 α , ЯК ингибирует их, способствуя тем самым накоплению HIF-1 α в ядре. Механизм регуляции экспрессии HIF-1 α посредством ЯК был выяснен в экспериментах на лабораторных животных, при проведении которых обнаружены следующие факты. Вызванная гипоксией немедленная экспрессия HIF-1 α в коре головного мозга регулируется ЯК, продуцируемой как в цикле Кребса, так и в челночной реакции ГАМК, а также индуцируется препаратами, содержащими ЯК, т.е. регулируется ЯК эндогенного и экзогенного происхождения [3]. Эти факты доказывают существование зависимой от ЯК сигнальной регуляции, вовлеченной в немедленную и отсроченную молекулярную адаптацию и повышение устойчивости к дефициту кислорода, где ЯК выступает в качестве сигнальной молекулы. Обнаружено, что интенсивность этого процесса различается в организмах животных с низкой и высокой устойчивостью к гипоксии. Индуцированный гипоксией HIF-1 α действует как основной регулятор кислородного гомеостаза и активирует экспрессию белков, участвующих в адаптации к измененной оксигенации тканей. Выявлено более сотни HIF-1 α -контролируемых генов, продукты которых участвуют в транспорте и метаболизме глюкозы, ангиогенезе, сосудистом тонусе, эритропоэзе, клеточном цикле, клеточной дифференцировке. Из-за нарушения регуляции HIF-1 α про-

исходит сбой в формировании защитных приспособительных механизмов при гипоксии, повышается риск канцерогенеза [3]. HIF-1 α опосредует индукцию генетического аппарата, ответственного за формирование структурной основы долговременной адаптации к гипоксии, и регулирует экспрессию генов, кодирующих белки, участвующие в базовом функционировании клетки. В экспериментальных исследованиях показано, что влияние HIF-1 α на исходы ишемии может зависеть от продолжительности гипоксии-ишемии, возраста и вида животных. Предполагается, что дальнейшее исследование отношения ЯК к сигнальному пути PI3K/Akt может расширить понимание потенциальных мишеней для лечения заболеваний, сопровождающихся гипоксией-ишемией [4]. Таким образом, накоплены фактические материалы, доказательно обосновывающие существование зависимой от ЯК сигнальной регуляции, вовлеченной в немедленную и отсроченную молекулярную адаптацию и повышение устойчивости к дефициту кислорода, в которой ЯК выступает в качестве сигнальной молекулы [3].

Опубликованы также результаты клинических испытаний ЯК. Например, в исследовании, проведенном на группе из 8 пациентов с черепно-мозговой травмой, показано, что снижение соотношения лактат/пируват у пациентов после перфузии ЯК статистически значимо коррелировало с увеличением соотношения фосфокреатин/АТФ. Данные результаты свидетельствуют, что соотношение лактат/пируват связано с энергетическим состоянием мозга, а также что ЯК может поддерживать энергетический метаболизм головного мозга у пациентов с острой ЧМТ, страдающих митохондриальной дисфункцией [5]. Эти факты являются основанием для клинического применения препаратов, содержащих ЯК, при заболеваниях мозга человека.

Одним из таких лекарственных веществ является 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцинат (мексидол). Действительно, этот препарат влияет на церебральный митохондриогенез в молодом возрасте и при старении [6], ингибирует нейрональную эксайтотоксичность *in vitro* [7] и успешно применяется в комплексной терапии в неврологии (при ишемических поражениях головного мозга), инфекционной патологии (в комплексной реабилитации после COVID-19) [8, 9], а также в психиатрии (в том числе при лечении шизофрении) [10, 11] и в геронтопсихиатрии [12, 13]. Увеличение частоты осложнений психофармакотерапии по мере старения больных определяет приоритетность и актуальность проблемы предотвращения и адекватной коррекции побочных эффектов терапии в позднем возрасте.

Именно поэтому не прекращается поиск препаратов, в том числе обладающих антиоксидантными и нейропротективными свойствами, улучшающих переносимость психотропной терапии и снижающих выраженность соматоневрологических осложнений в пожилом возрасте [14].

Когнитивные нарушения, встречающиеся при психозах позднего возраста, могут отражать как собственно влияние возрастного фактора, демонстрируя формирование начальной стадии развития нейродегенеративного процесса, так и быть результатом нежелательного действия антипсихотиков. Именно с этими факторами связано дополнительное назначение препаратов с антиоксидантными и нейропротективными свойствами при ППВ. 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцинат хорошо переносится пациентами, отмечается его способность предотвращать или ослаблять побочные эффекты нейролептиков, такие как поздняя дискинезия [11]. Однако его применение при шизофрении, особенно при ППВ, в некоторых случаях должно быть ограничено, поскольку препарат может оказывать некоторое стимулирующее действие на ЦНС. Вместе с тем его применение может оказать пользу определенной категории пациентов. Несомненно, больные шизофренией, особенно с ППВ, основательно различаются по клиническим и биохимическим параметрам и могут быть стратифицированы в соответствии с биохимическими параметрами крови, связанными с антиоксидантным и глутаматным метаболизмом [15]. Такая стратификация могла бы помочь более прицельно и эффективно использовать фармакотерапию, дополнительную к антипсихотическим препаратам.

В настоящей работе с целью ретроспективного и проспективного анализа биохимических данных пациентов с ППВ изучена активность ферментов крови, связанных с глутаматным и антиоксидантным глутатионовым метаболизмом, с учетом предыдущего опыта использования этих параметров при стратификации пожилых пациентов психиатрического профиля [13].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выделить клинические критерии назначения дополнительной антиоксидантной/антигипоксической терапии больным с ППВ и определить биохимические параметры крови, которые являются специфичными ферментативными признаками для этой категории пациентов.

Цель сформулирована для проверки гипотезы об эффективности применения 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцината как дополнительной составляющей в реализации комплексной терапии, снижающей побочные эффекты психотропных средств и повышающей её переносимость у пациентов с ППВ, имеющих определенные био-

химические параметры крови. Для проверки нашего предположения прослежена динамика изменения биохимических показателей крови у пациентов с ППВ, получавших помимо основной антипсихотической или антидепрессивной терапии дополнительно курсовую терапию препаратами с антиоксидантными/антигипоксическими и нейрометаболическими/нейропротекторными свойствами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования, пациенты, клинические оценки, обоснование выбора терапии

База исследования: стационарное геронтологическое отделение клиники ФГБНУ НЦПЗ. Длительность исследования: 28 дней. Сроки исследования: 2020-2022 гг.

В исследовательскую выборку вошли пациенты с диагнозами по МКБ-10: шизофрения параноидная (F20.0), поздняя парафрения (F22.0), шизоаффективное расстройство (F25), органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство (F06.2). В клинической выборке преобладали пациенты с ППВ женского пола (55 женщин и 3 мужчины) в возрасте от 45 до 78 лет (дебют после 40 лет) [16, 17]. Длительность заболевания колебалась в пределах от 0,5 года до 29 лет.

Исследование было открытым, нерандомизированным. Критерий исключения: наличие синдрома деменции, тяжёлые или декомпенсированные соматические заболевания.

Все больные получали психофармакотерапию (нейролептики, антидепрессанты и транквилизаторы по необходимости). Выбор препаратов осуществлялся с учетом оценки психопатологических и неврологических проявлений. Общая выборка пациентов (n=58) была разделена на три группы. Группа 1 – пациенты, не получавшие дополнительной терапии, кроме основной психотропной (Гр1, n=16). Группа 2 – пациенты, получавшие дополнительно к психотропной терапии 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцинат (мексидол, Гр2, n=20), обладающий антиоксидантным, антигипоксическим и мембранопротекторным действием, в дозе 200-300 мг/сутки внутривенно, 10-14 процедур. Группа 3 – пациенты, получавшие дополнительно к психотропной терапии другие препараты (Гр3, n=22) с нейрометаболическим спектром действия (цитиколин, церебролизин, кортексин, холина альфосцерат).

Выраженность психотической симптоматики оценивали в динамике по шкале позитивных и негативных синдромов (PANSS), степень тяжести депрессии – по рейтинговой шкале депрессии Гамильтона (HAM-D-17), тяжесть психического состояния – по шкале общего клинического впечатления (CGI), когнитивное функционирование – по мини-тесту психического состояния MMSE (Mini Mental State Examination).

Т а б л и ц а 1. Сравнительное распределение демографических и клинико-динамических показателей психодиагностического тестирования в общей выборке пациентов (n=58)

Параметр	Клиническая группа пациентов		
	Гр1 (n=16)	Гр2 (n=20)	Гр3 (n=22)
Средний возраст, лет	63 [56; 71]	65 [59; 70]	70 [61; 80]
Средняя длительность заболевания, лет	10 [2; 14]	6 [2; 19]	9 [5; 17]
Средний возраст начала заболевания, лет	50 [45; 63]	57 [45; 67]	57 [45; 74]
Показатели по психодиагностическим шкалам на начало терапии (среднее суммарное количество баллов)			
PANSS-Pos	27 [24; 33]	24 [17; 26]	26 [21; 29]
PANSS-Neg	23 [18; 27]	17 [14; 25]	21 [17; 24]
PANSS-Psy	49 [45; 59]	50 [44; 55]	50 [45; 56]
PANSS	99 [87; 120]	93 [85; 101]	95 [86; 110]
CGI	5 [4; 6]	5 [4; 5]	5 [4; 6]
HAMD-17	19 [15; 24]	19 [14; 26]	22 [19; 25]
MMSE	27 [24; 28]	25 [23; 28]	24 [22; 27]
Показатели по психодиагностическим шкалам после терапии (среднее суммарное количество баллов)			
PANSS-Pos	17 [12; 20]	13 [10; 15]	15 [14; 18]
PANSS-Neg	18 [13; 22]	13 [11; 18]	17 [14; 20]
PANSS-Psy	36 [34; 43]	32 [28; 37]	34 [30; 41]
PANSS	72 [56; 81]	62 [52; 68]	67 [59; 78]
CGI	3 [2; 4]	2 [1; 3]	3 [2; 3]
HAMD-17	9 [3; 11]	6 [3; 10]	8 [5; 11]
MMSE	29 [28; 29]	28 [25; 30]	26 [24; 28]

П р и м е ч а н и е. В таблице приведены медианы (минимальное и максимальное значение – 25% и 75%-квартили). Между клиническими группами пациентов не обнаружено статистически значимых различий ни по одному из параметров.

В персонализированных терапевтических программах использовались типичные и атипичные антипсихотики, назначавшиеся в низких и средних терапевтических дозах, принятых в геронтопсихиатрической практике. Наиболее часто рекомендованными нейрелептиками были оланзапин (n=29) и галоперидол (n=18). При выраженной депрессивной симптоматике в структуре психоза проводилась антидепрессивная терапия (преимущественно СИОЗС), в большинстве (65%) случаев препаратом выбора был флувоксамин.

По психометрическим шкалам (PANSS, CGI, HAMD, MMSE) и биохимическим показателям крови (активность глутаматдегидрогеназы, глутатионредуктазы, глутатион-S-трансферазы в тромбоцитах и эритроцитах) проводили клинико-динамическое наблюдение (две контрольные точки: до и после курса лечения). Полученные результаты заносили в электронную базу данных для последующего анализа и интерпретации массива данных.

Образцы крови собирали и обрабатывали по стандартным методикам, описанным ранее [18]. Выделение тромбоцитов и определение ферментативной активности проводили следующим образом. Забор крови для исследования активности ферментов ГДГ, ГР и ГСТ проводили однократно в контрольной группе и дважды в клинических группах пациентов с ППВ: до начала и после окончания курсовой терапии. Образцы крови со-

бирали в вакутейнеры с 3,2% цитратом натрия и обрабатывали в течение 2 часов после забора крови. Цельную кровь центрифугировали 15 минут при 200 g и 20°C с получением обогащенной тромбоцитами плазмы (PRP) и осадка, содержащего эритроциты. PRP центрифугировали 20 минут при 2000 g и 4°C, осадок ресуспендировали в 0,1 М цитратном буфере с 0,1 М глюкозой (pH 5,7) и центрифугировали 20 минут при 2000 g, 4°C. Содержащий тромбоциты осадок ресуспендировали в 0,05 М трис-HCl-буфере, pH 7,0, с 50% глицерином и хранили при -20°C. Непосредственно перед определением ферментативной активности к образцам тромбоцитов добавляли 50 мМ К-фосфатный буфер, pH 7,4, содержащий додецил-β-D-мальтозид, до конечной его концентрации 1%, лизис проводили 10 минут при 25°C, затем образцы центрифугировали 10 минут при 9000 g, 4°C. Полученный супернатант разбавляли в 5 раз 50 мМ К-фосфатным буфером, pH 7,4. Осадок с эритроцитами разбавляли тремя объемами 0,9%-ного раствора NaCl, перемешивали переворачиванием и центрифугировали 20 минут при 400 g, 4°C. Удаляли супернатант (захватывая слой лимфоцитов). Процедуру повторяли дважды. Отмытые эритроциты делили на аликвоты и хранили при -80°C. Непосредственно перед определением ферментативной активности эритроциты оттаивали и лизировали в 10 объемах холодной дистиллированной воды.

Активность всех ферментов определяли спектрофотометрическими кинетическими методами с использованием планшетного спектрофотометра xMark (Bio-Rad).

Определение биохимических показателей крови

Активность ГДГ, ГР, ГСТ в экстрактах клеток крови измеряли спектрофотометрическими методами, как описано ранее [18, 19]. Во всех случаях активность эритроцитарных ферментов далее приведена с указанием типа клеток (эритроцитарная), а активность тромбоцитарных ферментов для краткости – без указания типа клеток.

Активность ГДГ определяли (только в тромбоцитах) по скорости снижения поглощения НАД•Н при 340 нм по методу Фишера [20] согласно ранее предложенным модификациям [21]. Активность ГР определяли по скорости окисления НАДФ•Н в реакции восстановления окисленного глутатиона [22]. Активность ГСТ определяли по скорости образования хромогенных конъюгатов между глутатионом и 1-хлор-2,4-динитробензолом [23]. Концентрацию белка определяли по методу Лоури, используя набор для определения концентрации белка Bio-Rad DC Protein Assay (США) и бычий сывороточный альбумин (Sigma-Aldrich, США) в качестве белкового стандарта. После определения концентрации белка рассчитывали удельную активность каждого фермента (Ед/мг).

Активности ферментов крови оценивали также в контрольной группе, уравненной по численности представителей каждого пола и возрасту ($n=38$), состоящей из добровольцев без психиатрической или неврологической патологии.

Для статистического анализа базы данных с результатами обследования актуального психического состояния пациентов и измерения активности ферментов использовали модуль «непараметрический анализ» программы Statistica 8.0 (StatSoft). Для оценки значимости различий, изменений параметров и связей применяли U-критерий Манна–Уитни, метод парных сравнений Вилкоксона, расчет коэффициентов ранговой корреляции Спирмена, критерий Краскела–Уоллиса. Различия и корреляционные зависимости были статистически значимы при $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Набор больных для включения в группу 2, клиничко-психопатологическая оценка состояния пациентов и биохимические показатели крови

Перед проведением курса психотропной терапии больного относили к Гр2 (с назначением мексидола) по результатам оценки предшествующего медикаментозного опыта лечения пациентов пожилого возраста с психическими расстройствами. Препарат назначали при наличии побочных эффектов предыдущей психотропной терапии. К побочным действиям психофармакотерапии отнесены неврологические нежелательные явления (лекарственный паркинсонизм, дизартрия, тремор, акатизия), сердечно-сосудистые и вегетативные нарушения разной степени тяжести (гипотония, головокружения, сухость во рту). В Гр2 выявлена более низкая выраженность психоза, чем в Гр1 и Гр3, но различия исходной суммарной количественной оценки тяжести состояния по PANSS между группами не имели статистической значимости (табл. 1). В то же время балльная оценка по пунктам подшкалы PANSS-Pos (галлюцинации, бред величия и подозрительность) и по двум пунктам подшкалы PANSS-Neg (притупленный аффект и бедный раппорт) в Гр2 оказались статистически значимо ($p<0,05$) ниже, чем в Гр1. В структуре психотического состояния пациентов Гр2 были более выражены следующие симптомы: ипохондрия, стойкие жалобы на физическое состояние (с учетом возрастного фактора объективного характера), соматическая озабоченность. У всех пациентов Гр2 по данным компьютерной томографии головного мозга обнаружена атрофия мозжечка (признаки атрофических изменений мозжечка фиксировали однократно, до курса терапии). Проявлениями мозжечковой атаксии являются нарушения походки, координации движений и равновесия, частые падения.

Сравнительный анализ биохимических показателей крови в Гр1, Гр2 и Гр3

Проведено сравнительное изучение уровней ферментативной активности тромбоцитарной ГДГ, тромбоцитарных и эритроцитарных ГР и ГСТ в клинических группах и контрольной группе с помощью теста Краскела–Уоллиса (табл. 2).

Т а б л и ц а 2. Результаты сравнения ферментативной активности глутаматдегидрогеназы, глутатионредуктазы и глутатион-S-трансферазы в тромбоцитах и эритроцитах у пациентов клинических групп и лиц контрольной группы согласно критерию Краскела–Уоллиса

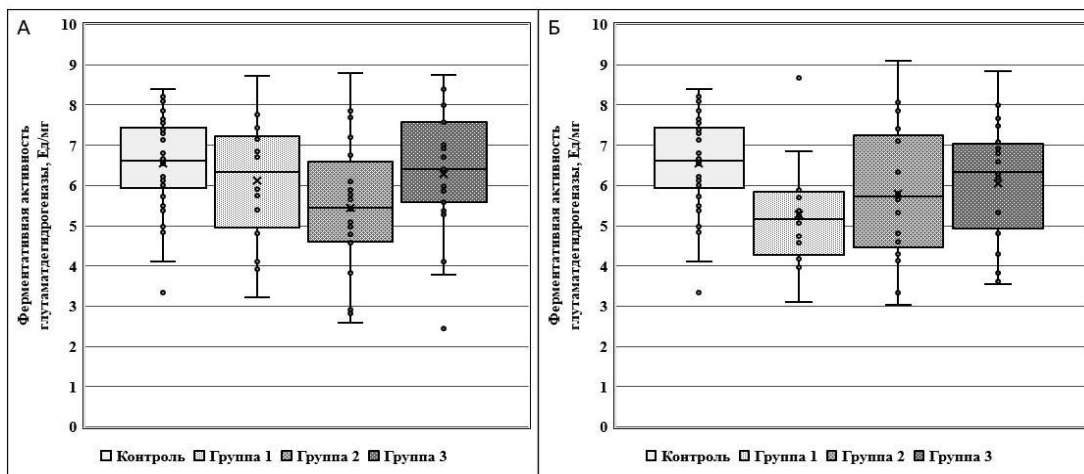
Ферментативная активность	До лечения		После лечения	
	Н	р	Н	р
Глутаматдегидрогеназа (ГДГ)	7,51	0,057	9,61	0,022
Глутатионредуктаза (ГР)	2,82	0,420	4,68	0,197
Глутатион-S-трансфераза (ГСТ)	7,60	0,055	8,77	0,033
Эритроцитарная глутатионредуктаза	9,65	0,022	10,78	0,013
Эритроцитарная глутатион-S-трансфераза	0,76	0,862	0,91	0,823

Пр и м е ч а н и е. Выявленные статистически значимые различия выделены жирным шрифтом.

На приведённых далее рисунках 1, 2 и 3 представлены показатели ферментативной активности тромбоцитарных ГДГ и ГСТ и эритроцитарной ГР, измеренные в двух точках исследования (до и после лечения), у пациентов Гр1, Гр2, Гр3 и условно здоровых лиц контрольной группы.

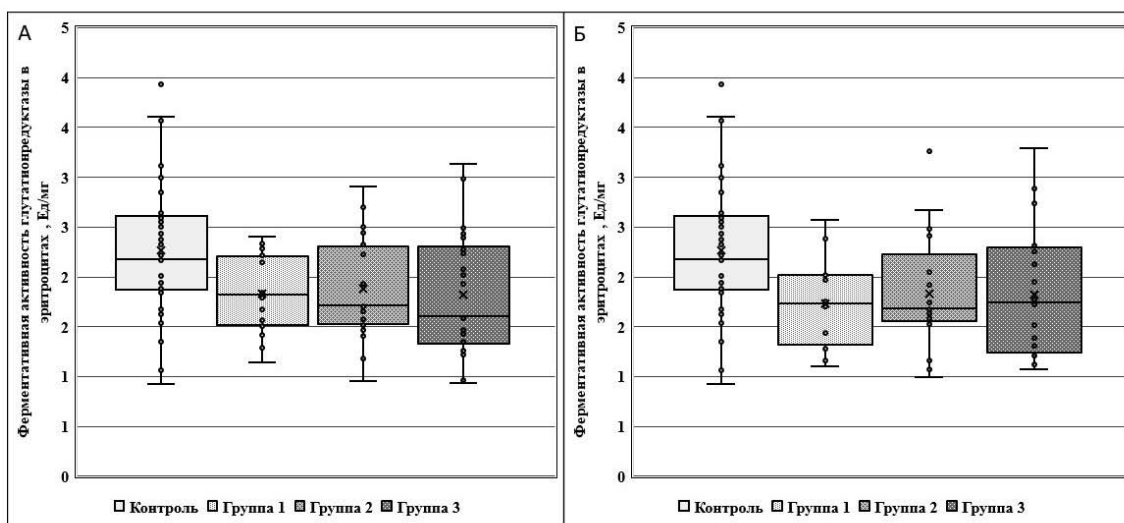
По сравнению с контрольной группой эритроцитарная ГР оказалась статистически значимо ($p < 0,01$) сниженной до и после лечения во всех трех группах пациентов (по U-критерию Манна-Уитни для каждой группы). Однако по другим биохимическим показателям обнаружены и определенные межгрупповые различия. Так, в отличие от Гр1 и Гр3, исходные показатели активности

ГДГ и ГСТ в Гр2 были статистически значимо ($p < 0,005$) ниже относительно таковых значений в контрольной группе (это касается попарного сравнения клинических групп с контрольной группой). После курсового лечения антипсихотическими препаратами и мексидолом показатель активности ГДГ в Гр2 характеризовался возвратом к значениям нормы и отсутствием различий ($p > 0,05$) при сравнении с контрольной группой здоровых. Однако в Гр1 после психотропной терапии без включения нейрометаболических препаратов зафиксировано статистически значимое ($p < 0,002$) снижение показателя активности ГДГ по сравнению с контрольной группой.



Р и с у н о к 1. Ферментативная активность глутаматдегидрогеназы до (А) и после лечения (Б) у пациентов Гр1, Гр2 и Гр3 и условно здоровых лиц контрольной группы

П р и м е ч а н и е. Исходная активность ГДГ статистически значимо ($p < 0,005$) снижена в Гр2 по сравнению с контрольной группой по U-критерию Манна-Уитни.



Р и с у н о к 2. Ферментативная активность эритроцитарной глутатионредуктазы до (А) и после лечения (Б) у пациентов Гр1, Гр2 и Гр3 и условно здоровых лиц контрольной группы

П р и м е ч а н и е. Активность глутатионредуктазы статистически значимо ($p < 0,01$) снижена во всех трех группах пациентов до и после лечения по сравнению с контрольной группой по U-критерию Манна-Уитни.

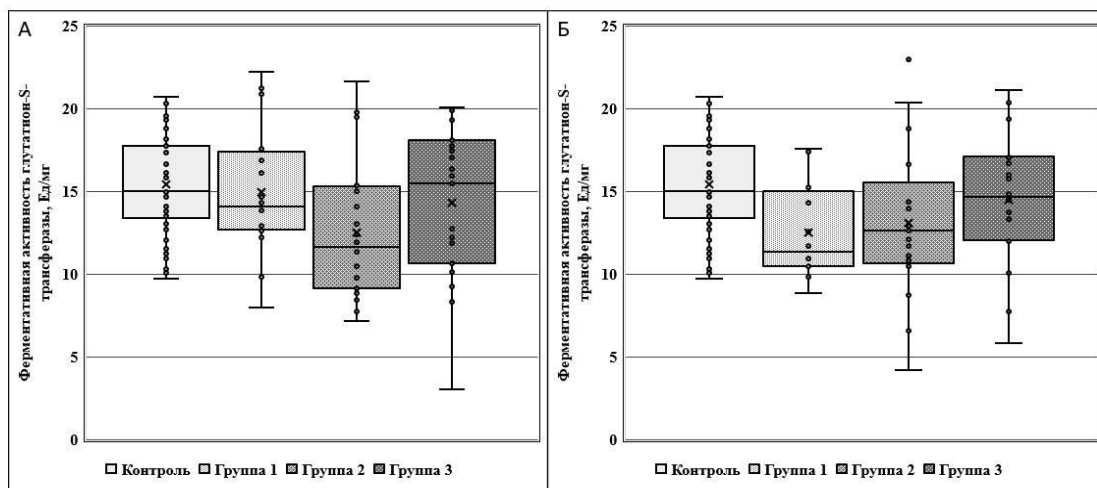


Рисунок 3. Ферментативная активность тромбоцитарной глутатион-S-трансферазы до (А) и после лечения (Б) у пациентов Гр1, Гр2 и Гр3 и условно здоровых лиц контрольной группы

Примечание. Активность глутатион-S-трансферазы статистически значимо ($p < 0,005$) снижена у пациентов Гр2 до лечения по сравнению с контрольной группой по U-критерию Манна–Уитни.

Сравнительный анализ динамики биохимических показателей (на момент поступления и после лечения) продемонстрировал статистически значимое ($p < 0,006$) снижение активности ГСТ в Гр1 после основной психотропной терапии без назначения дополнительного курса лечения согласно оценке с применением критерия парных сравнений Вилкоксона. Как следствие, показатель активности ГСТ после антипсихотической терапии в Гр1 имел статистически значимое ($p < 0,02$) более низкое значение по сравнению с контрольной группой по U-критерию Манна–Уитни.

По результатам исследования зарегистрированы корреляционные взаимосвязи между биохимическими показателями крови и актуальным психическим состоянием пациентов. Биохимические показатели и количественная оценка психопатологической симптоматики по психометрическим шкалам PANSS, HAMD и CGI имели корреляционные взаимосвязи во всех группах пациентов клинической выборки.

В Гр1 обнаружены положительные статистически значимые взаимосвязи между исходным уровнем ГДГ и оценкой психотического состояния после психотропной терапии – количественная суммарная балльная оценка по шкале PANSS ($R = 0,6$, $p < 0,03$) и подшкале PANSS-Pos ($R = 0,8$, $p < 0,001$). Исходный уровень эритроцитарной ГСТ характеризовался статистически значимой положительной корреляционной взаимосвязью с первоначальной (при поступлении) количественной суммарной балльной оценкой по шкале PANSS ($R = 0,6$, $p < 0,01$) и по двум подшкалам – PANSS-Neg негативных расстройств и PANSS-Psy общей психопатологии ($R = 0,5$, $p < 0,03$,

$R = 0,6$, $p < 0,01$ соответственно), а также по шкале CGI ($R = 0,5$, $p < 0,03$). Кроме того, установлены положительные статистически значимые корреляционные взаимосвязи между исходным уровнем активности ГДГ и суммарным количеством баллов по психодиагностическим шкалам HAMD и CGI после курса антипсихотической терапии ($R = 0,7$, $p < 0,02$ для каждого параметра).

В Гр2 отмечалась статистически значимая отрицательная корреляционная взаимосвязь между исходным уровнем ГДГ и суммарным количеством баллов после лечения по стандартизованной оценке PANSS ($R = -0,4$, $p < 0,05$), причем характер взаимосвязи был диаметрально противоположен положительной корреляционной связи между теми же параметрами в Гр1. В Гр2, так же как и Гр1, обнаружена статистически значимая положительная корреляционная взаимосвязь между зафиксированным на момент поступления показателем эритроцитарной ГСТ и двумя стартовыми (при поступлении) показателями – количественной суммарной балльной оценкой по шкале PANSS ($R = 0,6$, $p < 0,01$) и суммарной балльной оценкой по подшкале PANSS-Psy ($R = 0,5$, $p < 0,02$). В отличие от двух других клинических групп, в Гр2 зафиксирована статистически значимая положительная корреляционная взаимосвязь между уровнем эритроцитарной ГСТ на момент первичного обследования и количественной суммарной балльной оценкой по подшкале PANSS-Psy ($R = 0,45$, $p < 0,05$) и количественной суммарной балльной оценкой по шкале CGI ($R = 0,5$, $p < 0,04$), выставленной после курса сочетанной (антипсихотической и антиоксидантной) терапии.

В Гр3 были выявлены две статистически значимые корреляционные взаимосвязи (положительные и отрицательные): 1) между исходным уровнем активности ГР и первоначальной (при поступлении) количественной суммарной балльной оценкой психотического состояния по подшкале PANSS-Pos ($R=0,5$, $p<0,01$); 2) между уровнем активности ГР на момент поступления и суммарной количественной оценкой тяжести депрессивной симптоматики (в баллах) по шкале HAMD-17 по окончании комбинированной терапии, включающей психотропные и нейрометаболические препараты ($R=-0,5$, $p<0,01$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При манифестирующих в позднем возрасте психозах преимущественно назначают антипсихотическую (с меньшей частотой – антидепрессивную) терапию, что определяет предрасположенность пожилых людей к повышенному риску резкого обострения множественной соматической патологии в связи с морфофункциональными преобразованиями в процессе возрастных изменений. В широкий перечень таких соматических заболеваний входят метаболический синдром, заболевания опорно-двигательного аппарата, почек, двигательных и судорожных расстройств [24]. Побочные эффекты психотропной терапии представляют собой актуальную проблему в психиатрии, особенно в геронтопсихиатрии, в том числе речь идет о низкой приверженности пациентов к соблюдению режима лечения. Поскольку клиническая эффективность недавно одобренных методов фармакотерапии поздней дискинезии доказательно не аргументирована [25], новые подходы к решению этой проблемы могут быть полезны в курации пациентов, страдающих от побочных эффектов применения нейролептиков.

В ряде исследований отечественных авторов приводятся доказательства, констатирующие обоснованность применения 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцината в терапии больных шизофренией [10, 11].

Результаты нашего исследования подтверждают целесообразность включения в общую схему антипсихотической или антидепрессивной терапии в качестве составляющей компоненты антиоксидантных (мексидол) или метаболических препаратов, что позволяет добиться снижения побочных эффектов психотропной терапии в некоторых клинических группах пациентов с ППВ.

Предпринятое нами исследование представляет собой первую попытку стратифицированного подхода к пациентам, распределенным по отдельным группам в зависимости от наличия или отсутствия дополнительной терапии, помимо стандартного алгоритма психотропной терапии, назначаемой при ППВ.

Согласно итоговым результатам исследования в группах больных позднего возраста определены: 1) характерные особенности клинических проявлений психотических расстройств, 2) отличительные признаки биохимических параметров крови, с последующей рекомендацией дополнительного включения при необходимости препаратов с антиоксидантным и метаболическим спектром действия. Антиоксидантный и антигипоксический препарат 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцинат пациентам с ППВ, проходивших стационарное лечение в геронтологическом отделении ФГБНУ НЦПЗ, назначался в виде внутривенных инъекций. Кроме того, мексидол может применяться путем перорального приема, что расширяет потенциальный контингент нуждающихся в оказании психиатрической помощи (амбулаторные больные).

Определение необходимых биохимических параметров не требует использования специального дорогого оборудования и реагентов. Лабораторное исследование простое и безопасное, малозатратное по времени и стоимости, но при этом информативный метод, представляющий ценность при стратификации пациентов для оценки вероятности снижения побочных (нейромоторный, возбуждающий, седативный и пр.) эффектов антипсихотиков. В геронтопсихиатрической практике динамическое изучение биохимических показателей крови (активность ферментов метаболизма глутамата и глутатиона в тромбоцитах и эритроцитах) расширит стандартизованную количественную оценку психического состояния по данным психометрических шкал. Информированность врача-психиатра о биохимических параметрах в совокупности с объективными сведениями об актуальном психическом состоянии может не только содействовать в дифференциальном отборе пациентов для назначения дополнительных лекарственных средств, но и иметь прогностическое значение. Так, исходный уровень ГДГ статистически значимо связан с показателями по шкале PANSS, измеренными после курса лечения (установленные корреляционные связи: положительная – в Гр1, отрицательная – в Гр2). Следовательно, исходный уровень ГДГ может служить прогностическим маркером в Гр1 и Гр2. Помимо того, исходные уровни ферментативной активности ГР и ГСТ эритроцитов могут иметь прогностическое значение в Гр2, поскольку статистически значимо связаны с оценками по шкалам PANSS и CGI по окончании лечения. Заключительные результаты могут стать основой для изучения эффективности включения других веществ природного происхождения, в том числе антиоксидантов, с целью сокращения частоты и тяжести побочных эффектов психотропной терапии.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы сообщают об отсутствии спонсорских или иных финансовых источников при проведении настоящего исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование с участием людей на основе принципов информированного добровольного согласия и этических стандартов, разработанных Хельсинской декларацией ВМА, одобрено ЛЭК ФГБНУ НЦПЗ (Протокол № 8 от 26.02.2019 г.).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Peruzzotti-Jametti L, Bernstock JD, Vicario N, Costa ASH, Kwok CK, Leonardi T, Booty LM, Bicci I, Balzarotti B, Volpe G, Mallucci G, Manferrari G, Donegà M, Iraci N, Braga A, Hallenbeck JM, Murphy MP, Edenhofer F, Frezza C, Pluchino S. Macrophage-Derived Extracellular Succinate Licenses Neural Stem Cells to Suppress Chronic Neuroinflammation. *Cell Stem Cell*. 2018 Mar 1;22(3):355-368.e13. doi: 10.1016/j.stem.2018.01.020. Epub 2018 Feb 22. PMID: 29478844; PMCID: PMC5842147.
2. Kokaia Z, Lindvall O. Sensors of Succinate: Neural Stem Cell Grafts Fight Neuroinflammation. *Cell Stem Cell*. 2018 Mar 1;22(3):283-285. doi: 10.1016/j.stem.2018.01.019. PMID: 29499143.
3. Лукьянова Л.Д., Кирова Ю.И., Германова Э.Л. Роль сукцината в регуляции срочной экспрессии HIF-1α при гипоксии. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*. 2017. Т. 164, № 9. С. 273-279. Lukyanova LD, Kirova YI, Germanova EL. The role of succinate in regulation of immediate HIF-1α expression in hypoxia. *Bull Exp Biol Med*. 2018;164(3):298-303. doi: 10.1007/s10517-018-3976-2 (in Russian).
4. Zhang Z, Yao L, Yang J, Wang Z, Du G. PI3K/Akt and HIF-1 signaling pathway in hypoxia-ischemia (Review). *Mol Med Rep*. 2018 Oct;18(4):3547-3554. doi: 10.3892/mmr.2018.9375. Epub 2018 Aug 9. PMID: 30106145; PMCID: PMC6131612.
5. Stovell MG, Mada MO, Helmy A, Carpenter TA, Thelin EP, Yan JL, Guilfoyle MR, Jalloh I, Howe DJ, Grice P, Mason A, Giorgi-Coll S, Gallagher CN, Murphy MP, Menon DK, Hutchinson PJ, Carpenter KLH. The effect of succinate on brain NADH/NAD⁺ redox state and high energy phosphate metabolism in acute traumatic brain injury. *Sci Rep*. 2018 Jul 24;8(1):11140. doi: 10.1038/s41598-018-29255-3. PMID: 30042490; PMCID: PMC6057963.
6. Кирова Ю.И., Шакова Ф.М., Германова Э.Л., Романова Г.А., Воронина Т.А. Влияние Мексидола на церебральный митохондриогенез в молодом возрасте и при старении. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020. Т. 120, № 1. С. 62-69. Kirova YuI, Shakova FM, Germanova EL, Romanova GA, Voronina TA. The effect of Mexidol on cerebral mitochondriogenesis at a young age and during aging. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2020;120(1):62-69. doi: 10.17116/jnevro202012001162 (in Russian).
7. Шулькин А.В. Влияние мексидола на развитие феномена эксайтотоксичности нейронов in vitro. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012. Т. 112, № 2. С. 35-39. Shchulkin AV. Effect of mexidol on the development of the phenomenon of the neuronal excitotoxicity in vitro. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2012;112(2):35-39 (in Russian).
8. Тихонова Е.О., Ляпина Е.П., Шульдяков А.А., Сатарова С.А. Использование препаратов, содержащих сукцинат, в клинике инфекционных болезней. *Терапевтический архив*. 2016. Т. 88, № 11. С. 121-127. Tikhonova EO, Lyapina EP, Shuldyakov AA, Satarova SA. The use of drugs containing succinate in the clinic of infectious diseases. *Therapeutic Archive*. 2016;88(11):121-127. doi: 10.17116/terarkh20168811121-127 (in Russian).
9. Воронина Т.А. Антиоксиданты/антигипоксанты – недостающий пазл эффективной патогенетической терапии пациентов с COVID-19. *Инфекционные болезни*. 2020. Т. 18, № 2. С. 97-103. Voronina TA. Antioxidants/antihypoxants: the missing puzzle piece in effective pathogenetic therapy for COVID-19. *Infectious Diseases*. 2020;18(2):97-102. doi: 10.20953/1729-9225-2020-2-97-102 (in Russian).
10. Шамрей В.К., Курасов Е.С., Нечипоренко В.В., Колчев А.И., Цыган Н.В. Возможности применения Мексидола в комплексной терапии психических расстройств. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020. Т. 120, № 5. С. 160-164. Shamrey VK, Kurasov ES, Nechiporenko VV, Kolchev AI, Tsygan NV. Possibilities of using Mexidol in the complex therapy of mental disorders. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2020;120(5):160-164. doi: 10.17116/jnevro2020120051160 (in Russian).
11. Дьяконов А.Л. Мексидол в качестве дополнительной терапии у больных непрерывной параноидной шизофренией при наличии поздней дискинезии. *Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина*. 2011. № 4. С. 28-32. Dyakonov AL. Mexidol as additional therapy for the patient with continuous paranoid type of schizophrenia in the presence of a late dyskinesia. *P.B. Gannushkin Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2011;13(4):28-32. <https://medi.ru/info/490> (in Russian).
12. Воронина Т.А. Геропротективные эффекты этилметилгидроксипиридина сукцината в экспериментальном исследовании. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020. Т. 120, № 4. С. 81-87. Voronina TA. Geroprotective effects of ethylmethylhydroxypyridine succinate in an experimental study. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2020;120(4):81-87. doi: 10.17116/jnevro202012004181 (in Russian).

13. Савушкина О.К., Бокша И.С., Шешенин В.С., Терешкина Е.Б., Прохорова Т.А., Почуева В.В., Воробьева Е.А., Бурбаева Г.Ш. Применение препарата с антиоксидантными свойствами в качестве дополнительной терапии при поздно манифестирующих психозах шизофренического спектра. Неврологический вестник. 2021. Т. 53, № 4. С. 40-50. Savushkina OK, Boksha IS, Sheshenin VS, Tereshkina EB, Prokhorova TA, Pochueva VV, Vorobyeva EA, Burbaeva GS. The use of antioxidant medicine as an adjunctive therapy in late-onset schizophrenia spectrum disorders. *Neurology Bulletin*. 2021;53(4):40-50. doi: 10.17816/nb87427 (in Russian).
14. Черкасов Н.С., Шешенин В.С., Савина М.А. Неврологические нежелательные явления антипсихотической терапии. Психиатрия. 2019. Т. 17, № 3. С. 75-86. Cherkasov NS, Sheshenin VS, Savina MA. Antipsychotic-induced neurological adverse events. *Psychiatry*. 2019;17(3):75-86. doi: 10.30629/2618-6667-2019-17-3-75-86 (in Russian).
15. Савушкина О.К., Бокша И.С., Прохорова Т.А., Терешкина Е.Б., Сафарова Т.П., Яковлева О.Б., Корнилов В.В., Шипилова Е.С., Воробьева Е.А., Бурбаева Г.Ш. Выделение подгрупп пациентов с депрессиями позднего возраста на основе определения активности ферментов энергетического, глутаматного и глутатионового обмена в крови. Российский психиатрический журнал. 2021. № 5. С. 29-39. Savushkina OK, Boksha IS, Prokhorova TA, Tereshkina EB, Safarova TP, Yakovleva OB, Kornilov VV, Shipilova ES, Vorobyeva EA, Burbaeva GSh. Revealing subgroups of patients with late-onset depression basing on measurements of blood energy-, glutamate- and glutathione metabolism enzymatic activities. *Russian Journal of Psychiatry*. 2021;5:29-39. doi: 10.47877/1560-957x-2021-10504 (in Russian).
16. Pearman A, Batra A. Late-Onset Schizophrenia: a review for clinicians. *Clinical Gerontologist*. 2012;35(2):126-147. doi: 10.1080/07317115.2011.642943
17. Suen YN, Wong SMY, Hui CLM, Chan SKW, Lee EHM, Chang WC, Chen EYH. Late-onset psychosis and very-late-onset-schizophrenia-like-psychosis: an updated systematic review. *Int Rev Psychiatry*. 2019 Aug-Sep;31(5-6):523-542. doi: 10.1080/09540261.2019.1670624. Epub 2019 Oct 10. PMID: 31599177.
18. Терешкина Е.Б., Савушкина О.К., Бокша И.С., Прохорова Т.А., Воробьева Е.А., Омельченко М.А., Помыткин А.Н., Каледа В.Г., Бурбаева Г.Ш. Глутатионредуктаза и глутатион-S-трансфераза в форменных элементах крови при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119, № 2. С. 61-65. Tereshkina EB, Savushkina OK, Boksha IS, Prokhorova TA, Vorobyeva EA, Omel'chenko MA, Pomytkin AN, Kaleda VG, Burbaeva GSh. Glutathione reductase and glutathione-S-transferase in blood cells in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2019;119(2):61-65. doi: 10.17116/jnevro201911902161 (in Russian).
19. Boksha IS, Omel'chenko MA, Savushkina OK, Prokhorova TA, Tereshkina EB, Vorobyeva EA, Burbaeva GS. Links of platelet glutamate and glutathione metabolism with attenuated positive and negative symptoms in depressed patients at clinical high risk for psychosis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2022 Mar 15. doi: 10.1007/s00406-022-01396-7. Epub ahead of print. PMID: 35292857.
20. Fisher HF. L-Glutamate dehydrogenase from bovine liver. *Methods Enzymol*. 1985;113:16-27. doi: 10.1016/s0076-6879(85)13006-5. PMID: 4088065.
21. Savushkina OK, Tereshkina EB, Prokhorova TA, Boksha IS, Burminskii DS, Vorobyeva EA, Morozova MA, Burbaeva GS. Platelet glutamate dehydrogenase activity and efficacy of antipsychotic therapy in patients with schizophrenia. *J Med Biochem*. 2020 Jan 10;39(1):54-59. doi: 10.2478/jomb-2019-0018. PMID: 32549778; PMCID: PMC7282235.
22. Worthington DJ, Rosemeyer MA. Glutathione reductase from human erythrocytes. Catalytic properties and aggregation. *Eur J Biochem*. 1976 Aug 1;67(1):231-8. doi: 10.1111/j.1432-1033.1976.tb10654.x. PMID: 9277.
23. Keen JH, Habig WH, Jakoby WB. Mechanism for the several activities of the glutathione S-transferases. *J Biol Chem*. 1976 Oct 25;251(20):6183-8. PMID: 977564.
24. Correll CU, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry*. 2015 Jun;14(2):119-36. doi: 10.1002/wps.20204. PMID: 26043321; PMCID: PMC4471960.
25. Stroup TS, Gray N. Management of common adverse effects of antipsychotic medications. *World Psychiatry*. 2018 Oct;17(3):341-356. doi: 10.1002/wps.20567. PMID: 30192094; PMCID: PMC6127750.

Поступила в редакцию 28.03.2022

Утверждена к печати 27.05.2022

Бокша Ирина Сергеевна, д.б.н., главный научный сотрудник, лаборатория нейрхимии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код 4098-4837. ResearcherID B-6644-2009. Scopus Author 6602547274. ORCID iD 0000-0003-1369-8658

Шешенин Владимир Сергеевич, к.м.н., ведущий научный сотрудник, отдел гериатрической психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код 5502-7140. Scopus Author 6506139599. ORCID iD 0000-0003-3992-115X. E-mail vlash2003@mail.ru

Савушкина Ольга Константиновна, к.б.н., ведущий научный сотрудник, лаборатория нейрхимии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код 6558-9906. ResearcherID J-7330-2016. Scopus Author 6507180392. ORCID iD 0000-0002-5996-6606. E-mail osavushkina1@yandex.ru

Терешкина Елена Борисовна, к.б.н., старший научный сотрудник, лаборатория нейрхимии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код 6360-7072. ResearcherID S-2862-2016. Scopus Author 6602769146. ORCID iD 0000-0002-4784-8995. E-mail tereshkina.el@yandex.ru

Прохорова Татьяна Андреевна, научный сотрудник, лаборатория нейрхимии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код 7048-6289. ResearcherID S-2751-2016. Scopus Author 7004823848. ORCID iD 0000-0002-3574-2165. E-mail gnidra@mail.ru

Почуева Валерия Витальевна, младший научный сотрудник, отдел гериатрической психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код 5209-0571. ORCID iD 0000-0002-9270-2039. E-mail valeriya.pochueva@gmail.com

Воробьева Елена Анатольевна, к.б.н., научный сотрудник, лаборатория нейрхимии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код 4929-5034. ResearcherID J-8967-2018. Scopus Author. ORCID iD 0000-0002-5766-0910. E-mail vaa-vea-@yandex.ru

Бурбаева Гульнур Шингожиевна, д.б.н., профессор, руководитель лаборатории нейрхимии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». SPIN-код 9568-3420. ResearcherID S-2800-2016. Scopus Author 7003830468. ORCID iD 0000-0001-7744-533X. E-mail gburb@mail.ru

✉ Бокша Ирина Сергеевна, boksha_irina@mail.ru

UDC 616.895.87-055.1-055.2|465*45*78|:615.214:632.95.026.4:616.036.8

For citation: Boksha I.S., Sheshenin V.S., Savushkina O.K., Tereshkina E.B., Prokhorova T.A., Pochueva V.V., Vorobyeva E.A., Burbaeva G.Sh. Biochemical aspects of the use of additional pharmacotherapy in the treatment of psychosis of late age. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2022; 2 (115): 54-53. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-54-53](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-54-53)

Biochemical aspects of the use of additional pharmacotherapy in the treatment of psychosis of late age

Boksha I.S., Sheshenin V.S., Savushkina O.K., Tereshkina E.B., Prokhorova T.A., Pochueva V.V., Vorobyeva E.A., Burbaeva G.Sh.

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

ABSTRACT

Background. Psychotic disorders, which are formed as a result of the mutual influence of biological, psychophysiological, psychological and socio-environmental factors, are a frequent occurrence in the elderly. The connection between the increasing dynamics of psychosis and high morbidity and mortality in the contingent of elderly patients is indisputable, despite the different etiology and variety of clinical manifestations of psychotic states. An antipsychotic drug strategy should be used with punctual precautions to optimize outcomes. From the standpoint of a systematic approach to improving the effectiveness of complex personalized therapy for patients with gerontopsychiatric profile, there is no doubt that it is necessary to search for the most optimal drugs prescribed in addition to psychotropic therapy for patients with late-life psychoses (LLPs). The connection of additional therapy is due to the high incidence of undesirable symptoms associated with the manifestation of side effects of psychotropic drugs and the heterogeneity of clinical and biochemical parameters of elderly patients with LLPs. **Objective:** to

highlight the clinical criteria for prescribing additional antioxidant/antihypoxant therapy to patients with LLPs and determine the biochemical parameters of the blood, which are specific enzymatic features for this category of patients. **Material and Methods.** Using nonparametric statistical methods, a comparative analysis of therapeutic efficacy was carried out in three clinical groups of patients with LLPs treated according to standard algorithms of antipsychotic and antidepressant therapy. Group 1 – patients who did not receive additional therapy, except for the main psychotropic one (Gr1, n=16). Group 2 – patients who, in addition to psychotropic therapy, received 2-ethyl-6-methyl-3-hydroxypyridine succinate (Mexidol, Gr2, n=20), which has antioxidant, antihypoxant and membrane-protective effects. Group 3 – patients who received other neurometabolic drugs in addition to psychotropic therapy (Gr3, n=22). Adjunctive therapy was prescribed to eliminate/reduce the risk of developing unwanted side symptoms as a result of the action of psychotropic drugs. Before and after the course of treatment in patients with LLPs, the mental state was assessed (scores) using psychometric scales and biochemical blood parameters were determined (the activity of glutamate and glutathione metabolism enzymes in platelets and erythrocytes). Enzymatic activity was also determined in the control group, matched by age and number of representatives of each sex (n=38). **Results.** According to the comparative analysis, it was found that the activity of erythrocyte glutathione reductase (GR) was reduced before and after the course of treatment in all three clinical groups of patients when compared with the control group. In contrast to Gr1 and Gr3, a statistically significant decrease in the initial activity of platelet glutamate dehydrogenase (GDH) and glutathione-S-transferase (GST) was registered in Gr2. After a course of combined therapy, GDH and GST levels in Gr2 reached values corresponding to those in the control group. At the same time, in Gr1, GDH and GST indicators showed an even greater decrease relative to the initial level after psychotropic treatment without the addition of antioxidant/antihypoxant therapy. Various statistically significant relationships have been established between biochemical parameters and quantitative scores on psychometric scales in all three clinical groups of patients with LLPs, and some of them can act as prognostic predictors of treatment efficiency.

Keywords: patients with diagnosed psychoses of late age, basic psychopharmacotherapy (neuroleptics and antidepressants), additional antioxidant/antihypoxant pharmacotherapy, mexidol, neurometabolic drugs.

Received March 28.2022

Accepted May 27.2022

Boksha Irina S., Ph.D., Dr. Natural Sci., chief researcher, Laboratory of Neurochemistry. Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center”. Moscow, Russia. SPIN-code 4098-4837. ResearcherID B-6644-2009. Scopus Author ID 6602547274. ORCID iD 0000-0003-1369-8658.

Sheshenin Vladimir S., Ph.D., lead researcher, Department for the Geriatric Psychiatry. Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center”. Moscow, Russia. SPIN-code 5502-7140. Scopus Author ID 6506139599. ORCID iD 0000-0003-3992-115X. E-mail vlash2003@mail.ru

Savushkina Olga K., Ph.D., leading researcher, Laboratory of Neurochemistry. Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center”. Moscow, Russia. SPIN-code 6558-9906. ResearcherID J-7330-2016. Scopus Author ID 6507180392. ORCID iD 0000-0002-5996-6606. E-mail osavushkina1@yandex.ru

Tereshkina Elena B., Ph.D., senior researcher, Laboratory of Neurochemistry. Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center”. Moscow, Russia. SPIN-code 6360-7072. ResearcherID S-2862-2016. Scopus Author ID 6602769146. ORCID iD 0000-0002-4784-8995. E-mail tereshkina.el@yandex.ru

Prokhorova Tatyana A., researcher, Laboratory of Neurochemistry. Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center”. Moscow, Russia. SPIN-code 7048-6289. ResearcherID S-2751-2016. Scopus Author ID 7004823848. ORCID iD 0000-0002-3574-2165. E-mail gnidra@mail.ru

Pochueva Valeriya V., junior researcher, Department for the Geriatric Psychiatry. Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center”. Moscow, Russia. SPIN-code 5209-0571. ORCID iD 0000-0002-9270-2039. E-mail valeriya.pochueva@gmail.com

Vorobyeva Elena A., Ph.D., researcher, Laboratory of Neurochemistry. Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center”. Moscow, Russia. SPIN-code 4929-5034. ResearcherID J-8967-2018. Scopus Author ID 36807834300. ORCID iD 0000-0002-5766-0910. E-mail vaa-vea@yandex.ru

Burbaeva Gulnur Sh., Ph.D., Doctor of Natural Sciences, Professor, Head of the Laboratory of Neurochemistry. Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center”. Moscow, Russia. SPIN-code 9568-3420. ResearcherID S-2800-2016. Scopus Author ID 7003830468. ORCID iD 0000-0001-7744-533X. E-mail gburb@mail.ru

✉ Boksha Irina S., boksha_irina@mail.ru

ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 616-003.96:159.944.4:796.015.82-053.67|465*17*19|616.8-085.851

Для цитирования: Кожевникова Т.А., Костарев В.В. Психотерапия в оздоровительной профилактике и коррекции расстройств приспособительных реакций у спортсменов. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 2 (115). С. 76-83. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-76-83](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-76-83)

Психотерапия в оздоровительной профилактике и коррекции расстройств приспособительных реакций у спортсменов

Кожевникова Т.А.¹, Костарев В.В.²

¹ ФГБОУ ВО «Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева»
Россия, 660041, Красноярск, ул. Ады Лебедевой, 89

² ФГБОУ ВО «Красноярский государственный аграрный университет»
Россия, 660049, Красноярск, пр. Мира, 90

РЕЗЮМЕ

Введение. В статье рассматриваются особенности нарушения адаптационных процессов у спортсменов в ходе спортивных тренировок и их характерные проявления с позиций вариабельности сердечного ритма. В большинстве случаев снижение адаптационных резервов у спортсменов развивается вследствие значительных психоэмоциональных и физических перегрузок, но в то же время несомненную роль играют физиологические особенности и индивидуально-личностные факторы, определяющие адаптивные свойства саморегуляции организма. Основное внимание акцентируется на вопросах психотерапевтической профилактики нарушений адаптационных резервов у спортсменов с использованием параметров вариабельности сердечного ритма. **Цель:** проанализировать эффективность психотерапии с целью коррекции расстройств приспособительных реакций у спортсменов-борцов в процессе подготовки к ответственным соревнованиям. **Материалы и методы.** Проведено обследование 32 спортсменов в возрасте 17–19 лет, находящихся в тренировочном процессе, с диагнозом по МКБ-10 «Расстройство приспособительных реакций» (F43.2) из рубрики «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» (F43). У всех спортсменов выполнялась запись с последующей оценкой параметров сердечного ритма, рассматриваемых в качестве индикатора функционального состояния. Определялись показатели спектральной мощности волн: быстрые волны (HF), медленные волны первого порядка (VLF), медленные волны второго порядка (LF). **Результаты.** Анализ полученных данных показал, что у спортсменов с расстройствами приспособительных реакций отмечались статистически значимо более высокие показатели спектральной мощности волн HF и VLF, что указывало на повышенную активность парасимпатической нервной системы. Статистически значимое снижение в спектре сердечного ритма волн LF и снижение коэффициента LF/VLF подтверждало преобладание парасимпатической активации у спортсменов в ходе тренировок и служило клиническим доказательством точности диагностики расстройства приспособительных реакций в группе обследованных спортсменов. Под влиянием психотерапии была достигнута нормализация сердечного ритма, что подтверждалось увеличением низкочастотного компонента (LF), снижением очень низкочастотного (VLF) и высокочастотного (HF) компонентов, повышением коэффициентов вегетативного баланса LF/VLF, LF/HF. Оценка эффективности психотерапии в тренировочном процессе позволяет подойти к научному прогнозированию физических возможностей спортсменов, в том числе в условиях соревновательной деятельности, решать вопросы наиболее оптимального использования резервных возможностей организма в процессе спортивных занятий, более рационально строить режим тренировок и контролировать психологическое состояние спортсменов.

Ключевые слова: расстройство приспособительных реакций, психотерапия, сердечный ритм, спортсмены, дифференциальная диагностика, прогноз соревновательной деятельности.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность использования психотерапии при подготовке профессиональных спортсменов к выступлению на спортивных соревнованиях в настоящее время уже не вызывает сомнения.

Разработка способов изучения эффективности психотерапии имеет научно-практическую ценность, так как до сих пор отсутствуют верифицированные доказательства преимуществ одних методов по сравнению с другими [1, 2, 3].

В спортивно-оздоровительной медицинской практике применяются психотерапевтические методы и приемы, в том числе психической ауторегуляции и психологического подкрепления, с целью позитивного настроя спортсменов на высокие профессиональные достижения путем восстановления и повышения адаптационных резервов организма, устранения невротических проявлений [4, 5, 6, 7]. Большинство авторов подчеркивают особую роль мышечного расслабления в купировании и психокоррекции явлений перевозбуждения, страха и апатии перед началом соревнований [8, 9, 10]. Под влиянием целенаправленной психотерапии отмечаются нормализация основных физиологических показателей и оптимизация психофизиологического реагирования [11, 12, 13]. Исследования расстройств приспособительных реакций организма спортсменов циклических и ациклических видов спорта в ответ на интенсивные мышечные нагрузки в сравнении со здоровыми лицами выявили особенности центральной гемодинамики и вегетативной регуляции сердечного ритма, что позволило определить критерии ухудшения функционального состояния сердечно-сосудистой системы. В группе спортсменов адаптационные ресурсы снижались и развивались расстройства приспособительных реакций организма [14, 15, 16].

Научные исследования отечественных и зарубежных авторов указывают на то, что спортсмены не гарантированы от кумуляции напряжения механизмов адаптации и развития расстройств адаптационных процессов. Что же касается астенических состояний вследствие перегрузок и переутомления в большом спорте, то они являются отправным пунктом нарастающего экстремального напряжения нервной системы спортсмена. Психотерапия в спорте используется не только с целью восстановления спортивной работоспособности и адаптационных ресурсов спортсменов, но с исходной задачей повышения спортивной результативности и вегетативной выносливости. Существенная роль при этом отводится коррекции расстройств приспособительных реакций, часто встречающихся в спортивной практике в виде снижения физической энергии, мускульной массы и выносливости, замедления скорости психомоторных реакций, что в целом определяет неудачи в спортивной карьере. Эмоционально-напряженная спортивная деятельность приводит к повышению уровня социальной фрустрированности, увеличению доли психосоматических заболеваний и пограничных нервно-психических расстройств [17, 18]. Все это подтверждает необходимость своевременного проведения адекватных психотерапевтических мероприятий со стороны психологов и психотерапевтов.

Исследование сердечного ритма в психотерапии обусловлено не только его высокой чувствительностью как индикатора функционального состояния, но и тесной связью динамики ритма сердца с изменением психологического статуса спортсмена [19, 20]. Скрининг вариабельности ритма сердца может использоваться в качестве объективного критерия эффективности психотерапии расстройств приспособительных реакций, а также для контроля состояния спортсмена во время сеанса психотерапии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать эффективность психотерапии с целью коррекции расстройств приспособительных реакций у спортсменов-борцов в процессе подготовки к ответственным соревнованиям.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проконсультировано несколько команд спортсменов-борцов по обращению директора Института физической культуры, спорта и туризма (ИФКСиТ) СФУ. В процессе подготовки к соревнованиям тренеры стали отмечать специфические психологические особенности не только отдельных спортсменов, но и проблемы в управлении командой. Это проявлялось участвовавшими конфликтами и драками в раздевалке взамен прежнего самоконтроля в совместной деятельности, тревогой, навязчивыми опасениями поражения, подавленностью настроения, настроенностью, беспокойством, ощущением неспособности справиться с ситуацией, невозможностью справиться с тренировочными нагрузками, снижением суммарного объема работы и даже способности действовать в стандартных ситуациях повседневной жизни, что сопровождалось вегетативными нарушениями в виде мышечной слабости, анорексии, тошноты, трудностями засыпания, истерическими реакциями, связанными с мышечной деятельностью.

Осмотр проводился в филиале городской поликлиники № 2. В группу обследования были отобраны 32 спортсмена в возрасте от 17 до 19 лет, у которых в соответствии с МКБ-10 было диагностировано «Расстройство приспособительных реакций» (F43.2). Для достоверности сравнения в исследовании «случай-контроль» были обследованы 23 здоровых мужчины идентичного возраста, не занимающиеся профессиональным спортом (контрольная группа).

Для динамического количественного исследования симпатико-парасимпатических взаимодействий и оценки вегетативного обеспечения деятельности у спортсменов производили кардиоритмографию (КРГ) с помощью диагностической системы «Валента», разработанной Санкт-Петербургским научно-производственным предприятием «Нео».

Для характеристики баланса симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы при анализе волновой структуры сердечного ритма по программе «Валента» выделяли три основных диапазона (HF, LF, VLF).

Быстрые волны HF (High Frequency), высокочастотные колебания от 0,1 до 0,5 Гц – отражают модулирующее влияние парасимпатической нервной системы на активность синусового узла. Парасимпатическая система регуляции является высокочастотной, поскольку её медиатор – ацетилхолин – достаточно быстро разрушается холинэстеразой. В результате формируются колебания, вызываемые активностью парасимпатической системы. Волны HF коррелируют с тренировочной готовностью к спортивным результатам. Медленные волны второго порядка LF (Low Frequency), низкочастотные колебания от 0,03 до 0,1 Гц – характеризуют симпатическую барорефлекторную активность в регуляции ритма сердца. Волны LF обусловлены влиянием высших вегетативных центров на сердечно-сосудистый подкорковый центр и могут использоваться как надежный маркер степени связи автономных (сегментарных) уровней регуляции кровообращения с надсегментарными, в том числе с гипоталамическим и корковым уровнями. В норме мощность LF составляет от 15% до 30% суммарной мощности спектра. Медленные волны первого порядка VLF (Very Low Frequency), особенно низкочастотные колебания до 0,03 Гц – связывают с активностью гипоталамуса и надсегментарными механизмами, обеспечивающими эрготропную активацию. С помощью оценки соотношения показателей (индексов) спектральной мощности (HF%, LF%, VLF%) и их вклада в волновую структуру сердечного ритма определяли эффективность психотерапии.

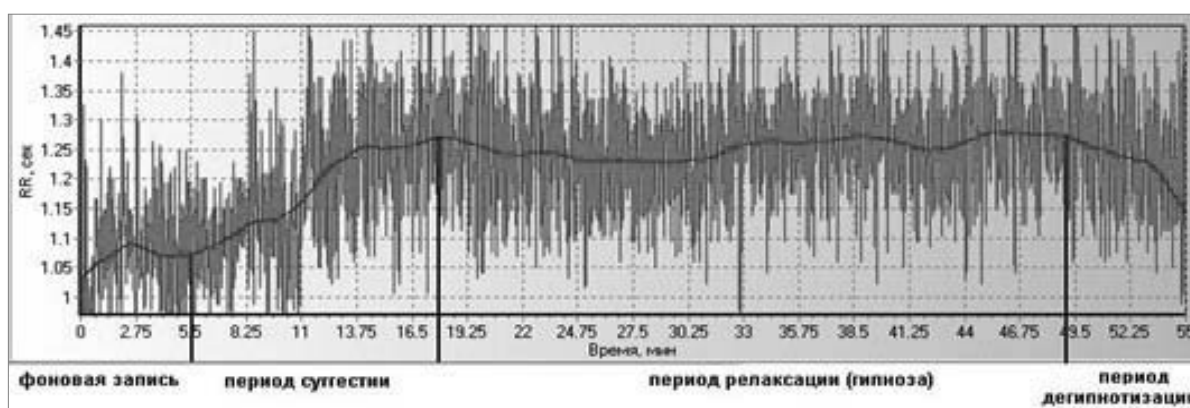
В работе использовалась авторская методика «Гетеросуггестивная психомышечная релаксация с позитивной эмоциональной эмагинацией на выздоровление» (ГСПМР) [19].

Психотерапия проводится курсами по 15 сеансов, длительностью каждого 1 час. Методика ГСПМР – модификация Ментального тренинга Л.Э. Унесталя [21, 22]. Закрепление опыта «внутренней модели здоровья» происходит за счет суггестии положительного эмоционального фона в ходе ГСПМР и систематического 15-кратного психотерапевтического воздействия. Задача ГСПМР состояла в том, чтобы восстановить потенциальные, но скрытые адаптационные резервы организма, создать у спортсмена мотивацию, веру и готовность к победе, т.е. стимулировать психическую готовность к участию в состязаниях.

Запись кардиоритмограммы проводили до и после психотерапии у 32 спортсменов с расстройствами адаптации. В контрольной группе проводилось только исследование сердечного ритма. Для оценки эффективности психотерапии вычисляли мощность в диапазоне волн HF, VLF, LF, соотношение показателей спектральной мощности и их вклад в волновую структуру сердечного ритма. При статистической обработке данных использовали пакет программ STATISTIKA. Результаты считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ волновой структуры сердечного ритма у спортсменов с расстройствами приспособительных реакций позволил оценить функциональное состояние центрального контура управления гормонально-вегетативным гомеостазом и сегментарно-периферический уровень вегетативной и гуморальной регуляции. Состояние волновой структуры сердечного ритма у спортсменов до курса ГСПМР характеризовалось доминированием в спектре HF-волн, величина которых статистически значимо превышала нормально допустимые значения. Одновременно с увеличением быстрых волн (HF) повышалась мощность медленных волн первого порядка (VLF, $p < 0,05$). Наиболее значимым отклонением от контрольных величин оказалось снижение мощности медленных волн второго порядка (LF, $p < 0,001$).



Р и с у н о к 1. Параметры ритмокардиографии у спортсменов-борцов во время сеанса психотерапии, проводимой с целью коррекции расстройств приспособительных реакций

Выявленные изменения волновой структуры синусового ритма сердца указывали на угнетение центрального контура управления вариабельностью сердечного ритма (лобные структуры мозга, таламус, гипоталамо-гипофизарная система и корковые мозговые центры). Нарушение регуляции управления вариабельностью сердечного ритма у спортсменов-борцов с расстройствами приспособительных реакций подтверждается статистически значимым снижением коэффициента LF/VLF относительно границ нормы. По-видимому, постоянные физические и эмоциональные перегрузки приводили к истощению функции задействованных мозговых структур. Результаты исследования установили, что у обследованных спортсменов центральный контур управления вариабельностью сердечного ритма был не способен в полной мере регулировать гормонально-вегетативный гомеостаз и адаптационную деятельность организма во время тренировочного процесса. Это подтверждалось стойким преобладанием дыхательного компонента и сни-

жением мощности LF-волн в спектре сердечного ритма. Уменьшение коэффициента LF/HF свидетельствовало об ослаблении мозговых ресурсов управления адаптационными реакциями организма, недостаточности полноценного отдыха и необходимости восстановления церебральных функций у спортсменов с расстройствами приспособительных реакций. Соматовегетативные проявления до проведения ГСПМР характеризовались снижением функционального состояния центрального контура управления гормонально-вегетативным гомеостазом, нарушением адаптационной деятельности с преобладанием парасимпатической активности. Необходимо подчеркнуть, что у спортсменов-борцов при подготовке к соревнованиям до проведения ГСПМР наиболее часто встречается снижение LF-волн на фоне повышения HF-волн. Т.е. парасимпатическая активность доминирует по сравнению с симпатической и церебральной, что свидетельствует о снижении функций левого полушария мозга.

Таблица 1. Оценка влияния ГСПМР на динамику изменений параметров сердечного ритма у спортсменов-борцов с расстройствами приспособительных реакций и здоровых мужчин

Показатель вариабельности сердечного ритма (%)	До лечения (n=32)	После лечения (n=32)	Контрольная группа (n=23)
LF-волны	26,3±10,03	36,9±14,2 ^{xx}	45,1±13,6 ^{aaa}
VLF-волны	33,9±12,2	24,5±11,8 ^{xx}	28,2±11,4 ^a
HF-волны	40,5±15,4	34,7±10,8 ^x	30,4±9,81 ^{aa}
LF/VLF (отн. ед.)	0,76±0,04	1,66±0,94 ^{xxx}	1,48±0,75 ^{aaa}
LF/HF (отн. ед.)	0,63±0,09	1,14±0,48 ^{xxx}	1,34±0,77 ^{aaa}
VLF/HF (отн. ед.)	0,85±0,07	0,73±0,05 ^x	0,93±0,084 ^a

Примечание. Уровень статистической значимости показателей вариабельности сердечного ритма между спортсменами с расстройствами приспособительных реакций и контрольной группой здоровых мужчин: ^a – $p < 0,05$, ^{aa} – $p < 0,01$, ^{aaa} – $p < 0,001$; уровень статистической значимости различий между спортсменами с расстройствами приспособительных реакций до и после психотерапии: ^x – $p < 0,05$, ^{xx} – $p < 0,01$, ^{xxx} – $p < 0,001$.

Полученные фоновые показатели исследования вариабельности сердечного ритма у спортсменов продемонстрировали преобладание быстрых волн (HF), что указывает на истощение зон головного мозга, модулирующих гомеостатические реакции пара- и симпатических влияний на вариабельность сердечного ритма (табл. 1).

Выявлено, что после курса психотерапии зарегистрировано статистически значимое ($p < 0,01$) увеличение мощности VLF-волн, одновременно с этим статистически значимо уменьшилась мощность VLF-волн ($p < 0,01$) и HF-волн ($p < 0,05$). Эффективность курса психотерапии верифицируется увеличением коэффициентов LF/VLF и LF/HF. Регуляция активирующего управления сердечным ритмом доказана тем, что во время релаксации происходила гармонизация пара- и симпатических влияний у обследуемых спортсменов.

Результативность психотерапевтических сеансов при подготовке спортсменов к соревнованиям заключается не только в гармонизации управляющих функций мозговых структур правого и левого полушарий, но и в восстановлении корковой и вегетативной регуляции. Все эти изменения сопровождалось увеличением LF- и снижением HF- и VLF-волн, снижением коэффициентов VLF/HF. Полученные нами данные согласуются с результатами аналогичного исследования [17], в котором показано, что измерение вариабельности ритма сердца как метод мониторинга адаптивных возможностей и общего состояния организма имеет важное прогностическое и диагностическое значение для оценки резервов и качества здоровья, а также способности противостоять болезням, планирования и контроля физических нагрузок в бытовой и спортивной деятельности.

Использование методики ГСПМР позволило достичь гармонизации функционирования системы корковых механизмов регуляции и восстановления адаптационных резервов организма, базирующихся на реакциях гормонально-вегетативного гомеостаза, в группе обследованных спортсменов-борцов с расстройствами приспособительных реакций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, расстройства приспособительных реакций у спортсменов в процессе тренировок и подготовки к ответственным соревнованиям проявляются, как правило, дефицитом симпатических и усилением парасимпатических влияний. В результате проведенного исследования после курса сеансов психотерапии у спортсменов были выявлены позитивные изменения в деятельности сердечного ритма: увеличение LF-волн, снижение HF- и VLF-волн, повышение коэффициентов LF/VLF, LF/HF и уменьшение коэффициента VLF/HF. В итоге констатирована положительная динамика вариабельности сердечного ритма, гармонизация функций мозговых структур правого и левого полушарий и восстановление вегетативной регуляции. В связи с чем во время спортивных тренировок при расстройствах приспособительных реакций наряду с общей физической подготовкой целесообразно включать сеансы психотерапии. Полученные доказательства эффективности психотерапии в тренировочном процессе могут быть использованы в научном прогнозировании физических возможностей спортсменов, в том числе в условиях соревновательной деятельности, и позволяют более рационально строить режим тренировок и контролировать психологическое состояние спортсменов.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении данного исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование с участием людей проведено с соблюдением принципов информированного добровольного согласия и этических стандартов, разработанных в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА и одобрено Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Красноярский ГПУ им. В.П. Астафьева» (протокол № 118 от 15.06.2022 г.).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Серова Л.К. Психологическая подготовка к соревнованиям в спорте. М. : Спорт, 2022. 130 с. Serova LK. Psychological preparation for sports

- competitions. Moscow: Sport Publishing, 2022:130 (in Russian).
2. Самойлова Т.В. Ментальный тренинг спортсменов для подготовки к соревнованиям по настольному теннису. Научный журнал молодых ученых. 2016. № 2 (7). С. 236-240. Samoilova TV. Mental training of athletes to prepare for table tennis competitions. Scientific Journal of Young Researchers. 2016;2(7):236-240 (in Russian).
3. Сафонов Л.В., Керимова Е.В., Емельянов Б.А., Жилов Ю.Д., Арансон М.В. Оценка эффективности комбинированного использования вне тренировочных средств повышения работоспособности и коррекции утомления у высококвалифицированных спортсменов скоростно-силовых видов спорта. Вестник спортивной науки. 2017. № 2. С. 37-40. Safonov LV, Kerimova EV, Emelyanov BA, Zhilov YuD, Aranson MV. Evaluation of the effectiveness of the combined use of non-training means to improve performance and correct fatigue in highly qualified athletes of speed-strength sports. Bulletin of Sports Science. 2017;2:37-40 (in Russian).
4. Сафонов Л.В., Левандо В.А., Бобков Г.А. Здоровье для спорта или спорт для здоровья. Вестник спортивной науки. 2010. № 4. С. 34-36. Safonov LV, Levando VA, Bobkov GA. Health for sport or sport for health. Bulletin of Sports Science. 2010;4:34-36 (in Russian).
5. Воронов И.А., Пантелеева Г.В., Куликова О.Ю. Оценка психокоррекции некоторых психологически важных профессиональных качеств спортсменов-единоборцев с позиции Р. Фишера и Я. Козна. Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2021. № 1 (191). С. 414-418. Voronov IA, Panteleeva GV, Kulikova OYu. Evaluation of psycho-correction of some psychologically important professional qualities of single combat athletes from the position of R. Fischer and J. Cohen. Scientific-Theoretical Journal Uchenye zapiski universiteta imeni P.F. Lesgafta. 2021;1(191):414-418. DOI: 10.34835/issn.2308-1961.2021.1.p414-418 (in Russian).
6. Калинина И.Н., Браун (Здоровцева) Н.А. Срочная адаптация системы кровообращения спортсменов с различным уровнем здоровья к кардиоваскулярным нагрузкам. Прикладная спортивная наука. 2018. № 1 (7). С. 72-80. Kalinina IN, Braun (Zdorovtseva) NA. Short-term adaptation of the circulatory system of athletes with different levels of health to cardiovascular stress. Applied Sports Science. 2018;1(7):72-80 (in Russian).
7. Аксенов М.М., Гычев А.В., Белокрылова М.Ф., Семке В.Я., Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Перчаткина О.Э., Рудницкий В.А., Левчук Л.А., Костин А.К. Стрессоустойчивость и дезадаптация при непсихотических психических расстройствах (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009-2012 гг.) Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013. № 4 (79). С. 11-17. Aksenov MM, Gychev

- AV, Belokrylova MF, Semke VYa, Vetlugina TP, Nikitina VB, Perchatkina OE, Rudnitsky VA, Levchuk LA, Kostin AK. Stress resistance and desadaptation in non-psychotic mental disorders (results of complex theme of research work of Mental Health Research Institute SB RAMSci, 2009-2012). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2013;4(79):11-17.
8. Wallace LK, Slattery KM, Coutts AJ. A comparison of methods for quantifying training load: relationships between modelled and actual training responses. *Eur J Appl Physiol*. 2014 Jan;114(1):11-20. doi: 10.1007/s00421-013-2745-1. Epub 2013 Oct 9. PMID: 24104194.
 9. Гаврилова Е.А. Спорт, стресс, вариабельность. М. : Изд-во «Спорт», 2015. 168 с. Gavrilova EA. Sports, stress, variability. Moscow: Sport Publishing House, 2015:168 (in Russian).
 10. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. Учебно-методическое пособие / научный редактор профессор Л.И. Вассерман. Санкт-Петербург: Изд-во «Речь», 2010. 192 с. Wasserman LI, Ababkov VA, Trifonova EA. Coping with stress: theory and psychodiagnostics. Teaching Guide / scientific editor Professor LI Wasserman. St. Petersburg: Publishing House "Rech", 2010:192 (in Russian).
 11. Кожевникова Т.А., Иокст Т.А. Динамика изменения психологического статуса в процессе психотерапии в комплексной психореабилитации пациентов с невротическими расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2020. № 1 (106). С. 89-96. Kozhevnikova TA, Iokst TA. The dynamics of changes in psychological status in the process of psychotherapy in the complex psycho-rehabilitation of patients with neurotic disorders. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-1\(106\)-89-96](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-1(106)-89-96) (in Russian).
 12. Saboul D, Pialoux V, Hautier C. The breathing effect of the LF/HF ratio in the heart rate variability measurements of athletes. *Eur J Sport Sci*. 2014;14 Suppl 1:S282-8. doi: 10.1080/17461391.2012.691116. Epub 2012 May 31. PMID: 24444219.
 13. Plews DJ, Laursen PB, Kilding AE, Buchheit M. Evaluating training adaptation with heart-rate measures: a methodological comparison. *Int J Sports Physiol Perform*. 2013 Nov;8(6):688-91. doi: 10.1123/ijspp.8.6.688. Epub 2013 Mar 8. PMID: 23479420.
 14. Дугнист П.Я., Романова Е.В. Особенности адаптации организма спортсмена к физическим нагрузкам: аналитический обзор. *Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта*. 2016. № 2. С. 3-13. Dugnist PYa, Romanova EV. Characteristics of adaptation of an athlete's body to physical activity: an analytical review. *Human Health, Theory and Methodology of Physical Culture and Sports*. 2016;2:3-13 (in Russian).
 15. Dupuy O, Bherer L, Audiffren M, Bosquet L. Night and postexercise cardiac autonomic control in functional overreaching. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2013 Feb;38(2):200-8. doi: 10.1139/apnm-2012-0203. Epub 2013 Feb 15. PMID: 23438233.
 16. Серова Л.К. Психодиагностические методики в спортивной деятельности. М. : Изд-во «Спорт», 2021. 384 с. Serova LK. Psychodiagnostic methods in sports activities. Moscow: Sport Publishing House, 2021:384 (in Russian).
 17. Гаврилова Е.А. Ритмокардиография в спорте. Санкт-Петербург: Изд-во Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 2014. 160 с. Gavrilova EA. Rhythm cardiography in sports. St. Petersburg: Publishing House of the North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, 2014:160 (in Russian).
 18. Корягина Ю.В., Салова Ю.П., Замчий Т.П. Курс лекций по физиологии физкультурно-спортивной деятельности. Учебное пособие. Омск: Изд-во «Сибирский государственный университет физической культуры и спорта», 2014. 152 с. Koryagina YuV, Salova YuP, Zamchy TP. The course of lectures on the physiology of physical culture and sports activities. Tutorial. Omsk: Publishing House "Siberian State University of Physical Culture and Sports", 2014:152 (in Russian).
 19. Кожевникова Т.А., Семке В.Я., Кожевников В.Н., Ветлугина Т.П. Невротические и неврозоподобные расстройства (психонейроиммунные механизмы, принципы психотерапии). Красноярск: Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева, 2010. 368 с. Kozhevnikova TA, Semke VYa, Kozhevnikov VN, Vetlugina TP. Neurotic and neurosis-like disorders (psychoneuroimmune mechanisms, principles of psychotherapy). Krasnoyarsk: Krasnoyarsk State Pedagogical University named after V.P. Astafiev, 2010:368 (in Russian).
 20. Кожевников В.Н., Кожевникова Т.А. Способ прогнозирования успешности психотерапевтического лечения. Патент RU 2207046 C2. Заявка 2001122554. Регистрация 09.08.2001. Оpubл. 27.06.2003. 24 с. Kozhevnikov VN, Kozhevnikova TA. A method for predicting the success of psychotherapeutic treatment. Patent RU 2207046 C2. Application 2001122554. Registration 08/09/2001. Published 06/27/2003. 24 p. (in Russian).
 21. Унесталь Л.Э. Основы ментального тренинга в спорте: Методическое пособие. СПб: ФГБУ «СПб НИИ физической культуры», 1992. 25 с. Unestahl L.E. Fundamentals of mental training in sports: Methodological guide. St. Petersburg: FGBU "St. Petersburg Research Institute of Physical Culture", 1992. 25 (in Russian).
 22. Unestahl L.-E. Integrated Mental Training. SISU Förlag, Stockholm, 1997.

Поступила в редакцию 04.03.2022

Утверждена к печати 27.05.2022

Кожевникова Татьяна Альбертовна, д.м.н., профессор кафедры специальной психологии, Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева. ORCID iD 0000-0002-2660-3104. SPIN-код РИНЦ 6841-5361. AuthorID 40799.

Костарев Владислав Владимирович, к.п.н., доцент кафедры психологии и педагогики Красноярский государственный аграрный университет. SPIN-код РИНЦ 7360-9926. AuthorID 685643.

✉ Кожевникова Татьяна Альбертовна, kogevnikova52@bk.ru

UDC 616-003.96:159.944.4:796.015.82-053.67/465*17*19/616.8-085.851

For citation: Kozhevnikova T.A., Kostarev V.V. Psychotherapy in recreational training and correction of disadaptive responses in athletes. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2022; 2 (115): 76-83. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-76-83](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-76-83)

Psychotherapy in recreational training and correction of disadaptive responses in athletes

Kozhevnikova T.A.¹, Kostarev V.V.²

¹ *Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Krasnoyarsk State Pedagogical University named after V.P. Astafiev" Ada Lebedeva Street 89, 660041, Krasnoyarsk, Russian Federation*

² *Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Krasnoyarsk State Agrarian University" Mir Avenue 90, 660049, Krasnoyarsk, Russian Federation*

ABSTRACT

Introduction. The article discusses characteristics of disadaptive responses in athletes during sports training and peculiarities within the framework of the heart rate variability. In most cases, the reduction in adaptive reserves in athletes develops as a result of significant psycho-emotional and physical overloads, but at the same time, physiological responses and individual-personal factors that determine the adaptive properties of the body's self-regulation play an undeniable role. The main attention focuses on the issues of psychotherapeutic prevention of disturbances of adaptive reserves in athletes using the parameters of heart rate variability. **Objective:** to analyze the effectiveness of psychotherapy to correct disadaptive responses in wrestlers in the process of preparing for important competitions. **Materials and Methods.** A survey of 32 athletes aged 17–19 years old, who were in the training process, with a diagnosis according to ICD-10 'adjustment disorder' (F43.2) from the heading 'Reaction to severe stress and adaptation disorders' (F43) was carried out. All athletes were recorded with a subsequent assessment of heart rate parameters considered as an indicator of the functional state. The indicators of the spectral power of the waves were determined: high frequent waves (HF), very low frequent waves (VLF), low frequent waves (LF). **Results.** Analysis of the data obtained showed that athletes with disorders of adaptive reactions had statistically significantly higher spectral power of HF and VLF waves, which indicated an increased activity of the parasympathetic nervous system (PNS). A statistically significant decrease in the spectrum of the heart rate of LF waves and a decrease in the LF/VLF coefficient confirmed the predominance of parasympathetic activation in athletes during training and served as clinical evidence for an accurate diagnosis of a disorder of adaptive reactions in the group of examined athletes. Under the influence of psychotherapy, normalization of the heart rate was achieved, which was confirmed by an increase in the low-frequency component (LF), a decrease in the very low-frequency (VLF) and high-frequency (HF) components, and an increase in the autonomic balance coefficients LF/VLF, LF/HF. Evaluation of the effectiveness of psychotherapy in the training process allowed us to approach the scientific prediction of the physical capabilities of athletes, including in the conditions of competitive activity, to resolve issues of the most optimal use of the reserve capabilities of the body in the process of sports activities, to more rationally build a training regime and control the psychological state of athletes.

Keywords: adjustment disorder, psychotherapy, heart rate, athletes, differential diagnostics, prediction of competitive activity.

Received March 04.2022

Accepted May 27.2022

Kozhevnikova Tatyana A., MD, Professor of the Department of Special Psychology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Krasnoyarsk State Pedagogical University named after V.P. Astafiev". ORCID iD 0000-0002-2660-3104. SPIN-code RSCI 6841-5361. AuthorID 40799.

Kostarev Vladislav V., PhD in psychology, Associate Professor of the Department of Psychology and Pedagogy, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Krasnoyarsk State Agrarian University". SPIN-code RSCI 7360-9926. AuthorID 685643

✉ Kozhevnikova Tatyana A., kogechnikova52@bk.ru

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 613.861:614.8.015:614.254:614.256.5:331.485:364.622

Для цитирования: Султанова А.Н., Наров М.Ю., Тагильцева Е.В., Филоненко Е.В., Овчинников А.А., Станкевич А.С. Особенности психологического реагирования медицинских работников психиатрического стационара на изменение условий профессиональной деятельности в стрессорной ситуации пандемии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 2 (115). С. 84-93. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-84-93](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-84-93)

Особенности психологического реагирования медицинских работников психиатрического стационара на изменение условий профессиональной деятельности в стрессорной ситуации пандемии

**Султанова А.Н.^{1, 2, 3}, Наров М.Ю.¹, Тагильцева Е.В.¹,
Филоненко Е.В.^{1, 3}, Овчинников А.А.¹, Станкевич А.С.^{1, 3}**

¹ ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России
Россия, 630091, Новосибирск, Красный проспект, 52

² ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный университет экономики и управления»
Россия, 630099, Новосибирск, ул. Каменская, 56

³ Научно-практический центр психического здоровья им. Ц.П. Короленко
Россия, 630105, Новосибирск, Красный проспект, 90

РЕЗЮМЕ

Обоснование. В ситуации COVID-19 медицинские работники сталкиваются с высоким риском из-за угрозы заражения в результате контактирования с инфицированными, теплового дисбаланса в связи с ношением масок, психологического стресса на фоне переутомления и интенсификации трудовой нагрузки, профессионального выгорания, ассоциированного с фрустрацией, изоляцией, дискриминацией. Мы предполагаем, что снижение/рост показателей тревоги, депрессии, перфекционизма, безнадежности связано с типом (положительным или отрицательным) рефлексии у сотрудников психиатрической службы. **Цель:** выявить особенности психологического реагирования у работников психиатрического стационара в стрессорной ситуации пандемии. Исследование ориентировано на сохранение и развитие профессионализма, ответственности за принятие решений, самореализации и самоконтроля в условиях работы в режиме хронического стресса. База исследования: ГБУЗ «Государственная Новосибирская клиническая психиатрическая больница № 3». **Материал исследования.** Основная группа (n=23) состояла из медицинских работников (врачи и медицинские сестры). В группу сравнения (n=22) включены специалисты немедицинских сфер. Группы были сопоставимы по возрастному-половому составу. **Методы:** клиническая беседа, экспериментально-психологическая диагностика, методы статистической обработки данных. Для диагностики психологического реагирования использовалась батарея психологических тестов: 1) многомерная шкала перфекционизма Хьюитта–Флетта, определяющая 4 показателя перфекционизма личности; 2) госпитальная шкала тревоги и депрессии; 3) опросник Д.А. Леонтьева «Дифференциальный тип рефлексии» по определению типа рефлексии как устойчивой черты личности; 4) шкала безнадежности А. Бека по оценке степени негативного отношения к будущему и негативных ожиданий. Статистическая значимость различий между показателями в основной группе и группе сравнения определялась с помощью U-критерия Манна–Уитни. Взаимосвязь между показателями выявлялась с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. **Результаты.** Сравнительный анализ особенностей психологического реагирования и психоэмоционального состояния работников психиатрического стационара и специалистов немедицинских сфер в период пандемии COVID-19 показал более высокую психофизиологическую и психологическую стрессогенность характера трудовой деятельности медицинского персонала. Необходимо использование программ психолого-консультативной поддержки для обсуждения и рационального отреагирования стрессоров профессиональной среды на основе самоанализа и самопринятия.

Ключевые слова: медицинские работники, психиатрическая служба, COVID-19, психологическое реагирование, перфекционизм, тревога, депрессия, рефлексия, безнадежность.

ВВЕДЕНИЕ

Начало 2019 г. совпало с появлением новой коронавирусной инфекции, получившей крайне широкое распространение в 2020 г. и объявленной масштабной общемировой пандемией. Вслед за объявлением нового статуса были введены меры безопасности – режим ЧС и самоизоляции, ограничение свободного передвижения, обязательная вакцинация, перевод большинства сотрудников и учащихся на дистанционный режим, введение и продление режима нерабочих дней. В разных категориях населения появился панический страх возможного заражения опасным вирусом и смертельного исхода от осложнений 2019-nCoV. Ограничение контактов даже с близкими людьми и поездок на общественном транспорте, рекомендации не покидать свой дом, закрытие спортивно-развлекательных центров и другие меры безопасности стали стартом для появления чувства одиночества, бессмысленности и бесперспективности жизни, страха смерти. Фатальные переживания беспомощности и утраты контроля за обстоятельствами своей жизни декомпенсировали психическое состояние людей с ранее установленным психиатрическим диагнозом, личностные психологические проблемы появились даже у части населения, ранее не имевшей нарушений психического здоровья [1].

Все группы населения в разной степени подверглись ковидному стрессу, ритм жизни изменился из-за навязчивого ощущения незащищенности. В этом ракурсе представляет интерес психологическое состояние медицинских работников, на себе испытавших последствия психогенного воздействия профессионального стресса. С одной стороны, фактора разрушительного, с другой – мобилизующего внутренний потенциал и мотивирующего к эффективному продолжению трудовой деятельности. В период локдауна была переструктурирована система оказания психиатрической помощи, специалисты психиатрической сети в пандемийный кризис столкнулись с возросшим объемом профессиональной нагрузки. В сознании людей, оставшихся наедине со своими психологическими проблемами, поселились страхи, неуверенность, паника, тревога. Главная задача психиатров – сохранять выдержку и спокойствие и поддерживать самообладание своих пациентов, научить их навыкам преодоления преград. Медицинские работники более других уязвимы не только в связи с ежедневной угрозой заражения, но и под влиянием сильного психологического стресса, так как многократно сталкиваются с внезапной смертью, физическими и эмоциональными страданиями пациентов [2], что становится причиной расстройств сна, эмоционального напряжения, беспокойства [3].

Стационарам целесообразно иметь резерв коечного фонда, используемый в обычное время для реабилитации и социализации пациентов. Амбулаторным пациентам следует в полном объеме предоставить доступ к медикаментозной и психотерапевтической терапии (технологии телемедицины для минимизации риска инфицирования). Реструктуризация работы по сменному графику обеспечит полноценный отдых и позволит врачам проходить карантин после каждой смены [4].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить особенности психологического реагирования у работников психиатрического стационара в стрессорной ситуации пандемии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Критерий включения в выборку: отсутствие временной нетрудоспособности по болезни не менее 1 месяца на момент исследования. Сроки исследования: февраль-март 2021 г. Из участников (n=45) исследовательской выборки были сформированы две группы: основная (n=23) – медицинские работники; группа сравнения (n=22) – специалисты немедицинских сфер. Группы были сопоставимы по возрастному-половому составу.

Критерий включения в основную группу: постоянная трудовая деятельность в ГБУЗ «Государственная Новосибирская клиническая психиатрическая больница № 3». Возраст респондентов основной группы варьировал от 27 до 57 лет. Доля (n=18) врачей превышала число (n=5) медсестер. Количество (n=15) женщин-врачей превосходило число (n=8) врачей мужского пола.

Возраст респондентов группы сравнения охватывал больший диапазон – от 22 до 65 лет, чем в основной группе. Распределение по половой принадлежности оказалось идентичным, с преобладанием среди работников немедицинской сферы лиц женского пола (14 женщин и 8 мужчин).

Основные методы: клиническая беседа, экспериментально-психологическая диагностика, методы статистической обработки данных. Для диагностики психологического реагирования использовалась батарея психологических тестов: 1) многомерная шкала перфекционизма Хьюитта-Флетта, определяющая 4 показателя перфекционизма личности [5]; 2) госпитальная шкала тревоги и депрессии; 3) опросник Д.А. Леонтьева «Дифференциальный тип рефлексии» по определению типа рефлексии как устойчивой черты личности [6]; 4) шкала безнадёжности А. Бека по оценке степени негативного отношения к будущему и негативных ожиданий.

Статистическая обработка результатов, полученных в ходе исследования, проводилась с использованием стандартных методов расчета средних величин статистической совокупности.

Статистическая значимость различий между показателями респондентов основной группы и группы сравнения определялась с помощью U-критерия Манна-Уитни. Взаимосвязь между показателями выявлялась с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Авторы Многомерной (7-балльной) шкалы перфекционизма (Multidimensional Perfectionism Scale, MPS) обозначают этим понятием стремление быть безупречным и совершенным.

Как видно из таблицы 1, показатель по субшкале «перфекционизм, ориентированный на других» в группе медицинских работников психиатрической больницы оказался статистически значимо ($p < 0,05$) ниже ($55,8 \pm 13,2$ балла – средний уровень развития качества характера) по сравнению с группой работников немедицинских профессий ($64,3 \pm 11,1$ балла – повышенный уровень значений личностной характеристики).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что врачи и медсестры психиатрической больницы не имеют завышенных требований по отношению к окружающим (коллегам, пациентам, близкому окружению), их представления о возможных достижениях окружающих более реали-

стичны и непредвзяты, так как исходят из объективного понимания и анализа сложившихся условий и обстоятельств конкретной ситуации. В то время как работники немедицинских учреждений склонны выдвигать по отношению к другим неправомерно завышенные требования, но их гипертрофированные ожидания от окружающих могут быть осуществлены в реальной жизни с низкой вероятностью. Более умеренные и компромиссные предположения о потенциальных возможностях окружающих, характерные для респондентов основной группы, объясняются особенностями их личностно-психологического реагирования на происходящее – они изначально по роду своей профессиональной деятельности должны безоценочно и беспристрастно относиться к проблемам пациентов. Специфика работы с пациентами психиатрического профиля предполагает высокую профессиональную компетентность в выборе базовых стратегий, позволяющих лучше понять актуальные цели и собственные возможности, чтобы предпринять оптимальный выход из драматической ситуации, а не оказаться психологически сломленным под невыносимым прессингом обстоятельств в ситуации стресса.

Т а б л и ц а 1. Сравнительное распределение показателей перфекционизма по Многомерной шкале перфекционизма среди обследованных основной группы и группы сравнения (баллы)

Наименование субшкалы	Основная группа		Группа сравнения		Уровень достоверности (p)
	Среднее значение (M)	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение (M)	Стандартное отклонение (SD)	
Перфекционизм, ориентированный на других	55,8	13,2	64,3	11,1	0,05
Перфекционизм, ориентированный на себя	62,0	16,1	72,3	11,4	0,08
Социально предписанный перфекционизм	58,6	10,3	61,4	9,9	0,49
Интегральный уровень перфекционизма	177,2	36,7	188,1	48,0	0,14

В основной группе работников психиатрического стационара по субшкале «перфекционизм, ориентированный на себя» на уровне тенденции ($p = 0,08$) выявлен количественно меньший показатель ($62 \pm 16,1$ балла), чем в группе сравнения ($72,3 \pm 11,4$ балла). Данные психодиагностического анкетирования свидетельствуют о предрасположенности испытуемых обеих групп предъявлять высокие требования по отношению к себе, чувствовать моральную ответственность за свои поступки, использовать самоконтроль и самоанализ как потенциал активизации личностного роста. Более низкий показатель самооценочного перфекционизма у врачей и медсестер психиатрической больницы априори связан с тем, что специалисты из области психического здоровья, несмотр-

я на высокие требования к себе, не только имеют богатый клинический опыт оценки поведенческих расстройств (помимо классической психопатологии) у окружающих, но и более объективно и прагматично оценивают свои слабые и сильные стороны, более спокойно переживают неуспехи, понимают различия между «Я-идеальным» и «Я-реальным» в профессиональной сфере, но готовы совершенствовать способы работы и коммуникативного общения. Тем более, что в силу профессиональной компетенции понимают, как не воплощенные в жизнь перфекционистские «грандиозные планы и глобальные проекты», представляющие собой «прокрустово ложе», могут стать отправной точкой для формирования депрессивных переживаний или суицидальных мыслей.

Среднее значение показателя «социально предписанного перфекционизма» в основной группе медицинских работников на уровне тенденции ($p=0,49$) оказалось более низким ($58,6\pm 10,3$ балла), чем в группе работников немедицинских профессий ($61,4\pm 9,9$ балла). Интерпретируя полученные данные, можно констатировать, что испытуемые обеих групп признают обоснованность запросов окружающих по отношению к ним. Однако респонденты основной группы более лояльны к ожиданиям окружающих, более склонны оказывать поддержку в ситуации стресса, в том числе профессиональную психолого-психотерапевтическую помощь, чем работники немедицинских профессий.

В завершении был проанализирован показатель по субшкале «интегральный уровень перфекционизма». В основной группе работников психиатрического стационара обнаружена тенденция ($p=0,14$) к более низкому среднему количественному показателю ($177,2\pm 36,7$ балла) при сопоставлении с группой сравнения ($188,1\pm 48,0$ балла). Несмотря на незначительные расхождения, зарегистрированные значения отражают вы-

сокий уровень интегрального показателя в обеих группах обследованных. Приобщая данные клинической беседы, можно аргументированно считать, что работники психиатрической больницы точнее и конкретнее понимают свои личные недостатки и преимущества, профессиональные возможности и ограничения, способны более адекватно оценивать себя и окружающих, проявляют большую гибкость в достижении целей, не ставят перед собой непосильных задач, не ожидают от окружающих необыкновенных высот в разных сферах функционирования, менее ригидны в непредвиденных обстоятельствах. Тем не менее высокий интегральный показатель перфекционизма в группе работников психиатрического стационара в ряде случаев может определять завышенный уровень притязаний по отношению не только к личной ответственности за происходящее, но и отказывать окружающим в возможности пребывать в роли сторонних наблюдателей.

Далее приводятся результаты, полученные по материалам исследования тревоги и депрессии среди работников психиатрической больницы и специалистов немедицинской сферы (табл. 2).

Т а б л и ц а 2. Сравнительное распределение показателей по Госпитальной шкале тревоги и депрессии среди обследованных основной группы и группы сравнения (баллы)

Наименование субшкалы	Основная группа		Группа сравнения		Уровень достоверности (p)
	Среднее значение (M)	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение (M)	Стандартное отклонение (SD)	
Тревога	7,5	2,3	7,6	5,0	0,76
Депрессия	5,9	3,6	5,6	4,2	0,71

Согласно результатам исследования по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) не обнаружено статистически значимых различий ($p=0,76$) при оценке уровня тревоги в основной группе и группе сравнения ($7,5\pm 2,3$ и $7,6\pm 5,0$ балла). Полученные показатели, незначительно превышающие средненормативное (7 баллов) значение, подтверждают субклиническую выраженность тревоги. Повышение личностной тревожности в обеих группах обследованных имеет половозрастную дифференциацию (женский пол, старший возраст). Тенденция к появлению тревожности в виде субклинических проявлений во время пандемии в первую очередь вызвана переживаниями из-за угрозы заражения опасным вирусом и высокой коморбидностью психической дезадаптированности с соматической патологией. Манифестация тревожно-поведенческого реагирования (как правило, астенического или ипохондрического регистра) обусловлена психогенными факторами. К их числу относятся вынужденное изменение образа жизни, ограничение свободы общения и передвижения во время карантина, элементы неконструктивного перфекционизма в

связи с событиями, не подчиняющимися собственному контролю, низкая социальная поддержка, выполнение работы в условиях максимальной нагрузки и напряжения. Восстановление поведенческого, когнитивного и эмоционального функционирования возможно на основе адекватной психолого-психотерапевтической поддержки, в том числе на рабочем месте. Психологические тренинги эффективны в снижении тревожной и соматовегетативной симптоматики, в избавлении от физической и астенической слабости, ригидности и эмоциональной лабильности, в повышении концентрации внимания.

Результаты собственного исследования согласуются с работами, в которых приводятся данные о стабилизации уровня тревоги (достижение прежних нормативных показателей) в результате адаптации к длительному пребыванию в напряженной обстановке ограничительного режима в период пандемии [7].

Исследование уровня выраженности депрессии по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) не выявило статистически значимых различий ($p=0,71$) между обследованными основной

группы и группы сравнения. Полученные показатели субъективной оценки депрессивного компонента в эмоционально-психологическом состоянии ($5,9 \pm 3,6$ и $5,6 \pm 4,2$ балла) в обеих группах соответствуют средненормативным значениям, несмотря на неблагоприятный средовой стресс-фактор. Это подтверждает сохранность и эффективность трудоспособности, стабильность производственного и семейного функционирования,

органичную включенность в жизнь социального сообщества.

На следующем этапе работы с использованием психодиагностического опросника Д.А. Леонтьева «Дифференциальный тип рефлексии» выполнено исследование по определению типа рефлексии в качестве устойчивой черты личности и её особенностей в обеих группах исследовательской выборки (табл. 3).

Т а б л и ц а 3. Сравнительное распределение показателей рефлексии по опроснику «Дифференциальный тип рефлексии» среди обследованных основной группы и группы сравнения (баллы)

Наименование субшкалы	Основная группа		Группа сравнения		Уровень достоверности (p)
	Среднее значение (M)	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение (M)	Стандартное отклонение (SD)	
Системная рефлексия	34,1	7,1	36,7	6,2	0,23
Интрореплексия	22	4,1	20,7	6,4	0,33
Квазирефлексия	18,7	6,7	21,0	6,0	0,49

В основной группе работников психиатрического стационара имела место тенденция ($p=0,23$) к более низкому среднему количественному показателю системной рефлексии ($34,1 \pm 7,1$ балла) при сопоставлении с группой сравнения ($36,7 \pm 6,2$ балла). Зарегистрированные средние показатели (более 34, но менее 44 баллов) демонстрируют достаточную способность испытуемых обеих групп, с одной стороны, самодистанцироваться в жизненных ситуациях, с другой – оценить свои действия в происходящем с позиции стороннего внутреннего наблюдателя, как бы взглядом других (со стороны). Системная рефлексия, будучи наиболее адаптивным типом рефлексии, позволяет понимать конкретную ситуацию многоаспектно, что является условием продуктивной работы специалистов психиатрического профиля. В работе психиатров рефлексивный анализ направлен на определение истинных причин происходящего, вычленение важного без застревания на малозначительных деталях, четкое разделение профессиональных и личных интересов, объективное понимание своей роли терапевта в процессе восприятия запросов пациента. Т.е. с пониманием себя связано глубокое понимание, «прочувствование» проблем пациента, его принятие, построение комплаентных отношений на основе эмпатии.

Анализ зафиксированных данных по субшкале интрореплексии продемонстрировал в основной группе работников психиатрического стационара тенденцию ($p=0,33$) к более высокому среднему количественному показателю ($22 \pm 4,1$ балла), чем в группе сравнения ($20,7 \pm 6,4$ балла). Выявленные средние показатели (более 19, но менее 31 балла) отражают умеренную степень сконцентрированности на своем «Я», своем психоэмоциональном состоянии, переживаниях и проблемах. Если не понимать в полной мере себя, не уметь объектив-

но оценивать свои личностные способности и недостатки, нельзя построить конструктивные отношения с другими, тем более в системе «врач – пациент», этому способствуют навыки регулятивной рефлексии специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья.

Анализ полученных результатов по субшкале квазирефлексии выявил в основной группе работников психиатрического стационара тенденцию ($p=0,49$) к более низкому среднему количественному показателю ($18,7 \pm 6,7$ балла), нежели в группе сравнения ($21,0 \pm 6,0$ балла). Авторами опросника «Дифференциальный тип рефлексии» суммарный показатель до 22 баллов интерпретируется как низкий показатель квазирефлексии. Соответственно зарегистрированные в выборке исследования показатели свидетельствуют о низкой выраженности квазирефлексии – способности отвлечься от стрессорной ситуации, вызванной распространением COVID-19, рационально переключить свое внимание и переориентировать пациентов на вид деятельности, повышающей позитивный настрой. Как форма психологической защиты квазирефлексия позволяет дистанцироваться от тягостных мыслей в ситуации ковидного стресса, сознательно сократить объем поступающей из многочисленных источников негативной информации, не фиксироваться на неприятных событиях, а создать в своём сознании модель постковидного будущего, в котором глобальная проблема социальной изоляции всех и каждого будет решена, что позволит избавиться от повышенной тревоги и страхов «здесь и сейчас».

На заключительном этапе работы по шкале безнадежности А. Бека оценивалась степень негативного отношения к будущему и негативных ожиданий в обеих группах исследовательской выборки (табл. 4).

Т а б л и ц а 4. Сравнительное распределение показателей безнадёжности по шкале безнадёжности Бека среди обследованных основной группы и группы сравнения (баллы)

Шкала	Основная группа		Группа сравнения		Уровень достоверности (p)
	Среднее значение (M)	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение (M)	Стандартное отклонение (SD)	
Безнадёжность	10,4	1,7	10,2	2,3	0,75

Шкала безнадёжности Бека дополнительно использовалась как психодиагностический инструмент в оценке депрессии. На основании анализа данных по шкале безнадёжности в основной группе ($10,4 \pm 1,7$ балла) и группе сравнения ($10,2 \pm 2,3$ балла) отмечается тенденция ($p=0,75$) к идентичности значений среднего количественного показателя. Сценарий предполагаемого будущего у всех респондентов не имел мрачного финала, большинство опрошенных понимали, что связанные с пандемией трудности носят временный характер. Несмотря на неожиданную смерть близких, тяжёлое чувство утраты и высокую вероятность в любой момент заболеть, участники исследования ожидали по окончании пандемии хороших перемен в дальнейшей жизни, выражали веру (пусть в отдаленной перспективе) удовлетворить свои потребности и осуществить желания, понимали, что в будущем предстоят не только неудачи, но и успехи в профессиональной сфере и частной жизни. Никто из них не был охвачен безнадёжным отчаянием и бесконечными пессимистическими переживаниями о последствиях пандемии. По шкале безнадёжности у респондентов отсутствовал негативный образ «Я» в настоящем, прошлом и будущем времени. Наблюдаемые во время клинического интервью пессимистические высказывания расценивались нами как психологическое реагирование в рамках нормы на постигшие их трагические известия.

ОБСУЖДЕНИЕ

В соответствии с результатами сравнительного анализа значений субшкал перфекционизма (ориентированный на себя, ориентированный на других, социально предписанный, интегральный уровень) все показатели в группе медицинских работников психиатрической больницы были ниже, чем в группе работников немедицинских профессий. Причем по субшкале перфекционизма, ориентированного на себя, – на уровне статистической значимости, по трем другим субшкалам – на уровне тенденции. Врачи-психиатры всегда подвергаются большему риску из-за высокого профессионального стресса, а тем более в связи с резким увеличением нагрузки на службы охраны психического здоровья в период распространения COVID. Оптимальный уровень перфекционизма в группе респондентов психиатрической больницы ассоциирован с низким уровнем эмоционального выгорания.

Немецкими авторами аргументированно обсуждаются следующие закономерности: 1) перфекционизм является предиктором переживания страха из-за угрозы заражения COVID-19 и повторяющегося негативного мышления (не контролируемое беспокойство о будущем или прошлом); 2) страх перед COVID-19 и повторяющиеся негативные мысли прогнозируют психологический стресс во время пандемии и опосредуют связь между перфекционизмом и психологическим дистрессом [8].

В обеих группах исследования по шкале HADS получены средненормативные показатели, характерные для субклинической выраженности тревоги, без статистически значимых различий. На этом основании можно говорить о временных тревожных состояниях у здоровых людей на фоне неопределенности, неуверенности и непредсказуемости в непредвиденных обстоятельствах пандемии. Нарастанию тревожности противодействует поддержание уверенности, в том числе средствами СМИ, на обновление ситуации – спад заболеваемости, возвращение к стабильности политики укрепления общественного здоровья.

Онлайн-опрос в Германии показал рост беспокойства из-за риска вирусного заражения, особенно среди лиц с повышенной тревогой по поводу здоровья. Cyberchondria Pandemic положительно коррелировала с текущей вирусной тревогой. Осмысленное восприятие информации о пандемии отрицательно коррелировало с текущим беспокойством. Реалистичная информация о пандемии и адаптивная регуляция эмоций представляют собой буферные факторы против усиления тревожности во время вирусной пандемии [9].

Исследование уровня выраженности депрессии по HADS показало отсутствие выраженных проявлений депрессии. В обеих группах выявлены средненормативные значения без статистически значимых различий по данным субъективной оценки депрессивных переживаний в структуре эмоционально-психологического состояния. Ни один из респондентов не сообщил о снижении желания работать в новом формате, предусматривающем корректное выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мер во время угрозы распространения заболевания, о намерении уволиться по собственной инициативе, об утрате интереса к любой сфере деятельности, в том числе профессиональной.

По опроснику «Дифференциальный тип рефлексии» в основной группе работников психиатрического стационара при сопоставлении с группой сравнения прослеживалась тенденция к двум более низким средним количественным показателям (системной рефлексии и квазирефлексии), но к более высокому показателю по субшкале интроспекции. Реорганизация психиатрической помощи во время пандемии (ограничительные меры всеобщего физического дистанцирования) потребовала от медицинских работников быстрой адаптации к новым условиям и перехода от стандартных и привычных форм работы к инновационным стратегиям. Немаловажную роль в этом имела логическая перспективная рефлексия – большинство обследованных, объективно анализируя свои потенциальные возможности – без преумаления или преувеличения, осознанно делали выбор по величине профессиональной активности и ответственности в ситуации «здесь и сейчас» за жизнь и здоровье пациентов психиатрического стационара и членов их семей.

Оценка интенсивности выражаемого негативного отношения к будущему и негативных ожиданий по шкале безнадежности А. Бека продемонстрировала тенденцию к совпадению значений среднего количественного показателя в обеих группах на уровне нормативного реагирования. Успешной стратегией преодоления негативного воздействия пандемии оказалось отрицание недостоверной, а иногда и откровенной дезинформации, усиливающей панический страх близкой смерти от опасного заболевания. Зрелое защитное функционирование служило преградой безнадежного мироощущения, тормозило развитие патологических форм реагирования. Стратегии эмоционального преодоления чувства безнадежности заряжали оптимистическим настроем на благополучный исход, саморегуляция поведения помогала противостоять психологическому стрессу и уверенно смотреть в будущее.

По материалам статистического анализа между изучаемыми в исследовании показателями обнаружены средние и сильные взаимосвязи, в частности сильная прямая связь ($R=0,74$; $p<0,005$) между отсутствием клинических форм депрессии и низким уровнем безнадежности. Большинство респондентов не заостряли внимание на негативных событиях, а осознанно переключались на позитивные моменты. Наблюдая и разделяя альтруистические действия коллег, становились «психологическими опекунами» своих пациентов, ориентируя их на контроль и управляемость своей жизнью и помогая отказаться от роли наблюдателя-пессимиста, пассивно реагирующего на ситуацию пандемии.

Связь между выраженной депрессивной симптоматикой и ощущением безнадежности из-за предполагаемой невозможности повлиять на происходящее и изменить ход событий многократно описана в зарубежных исследованиях. Так в метаанализе 45-летнего архива публикаций изучались возможности прогнозирования суицидальных мыслей или попыток с использованием любой переменной депрессии или безнадежности [10]. Оценка вклада тревожных установок и безнадежности в формирование тревоги и депрессии установила их взаимосвязь. Обучающие психологические вмешательства снижают проблему интернализации, могут изменять выраженность симптомов, что объясняется взаимосвязью дезадаптивных когниций (безнадежность) с интернализацией дистресса [11].

В выборке обследованных выявлена прямая связь средней силы ($R=0,56$; $p<0,05$) между отсутствием депрессивной симптоматики и среднестатистическим показателем интроспекции, понимаемой как способность обоснованно анализировать актуальное состояние, чувства в переживания в контексте происходящего. Как известно, чем выше уровень рефлексивности индивида, тем выше вероятность переживания им депрессивных состояний и выше уровень самокритики и самоанализа. Однако сверхизбыточный анализ жизни и настойчивое обращение к неблагоприятным событиям прошлого неизбежно приводит к заострению на негативных событиях и неудачах, к их повторному переживанию. Большинство респондентов считали, что по окончании пандемии их активность в том числе будет определяться конструктивным опытом пережитого, поэтому старались не заикливаться на травматических переживаниях, чтобы противостоять бесплодным размышлениям о своей неуспешности, неэффективности и утраченном счастье. В ситуации стресса эта стратегия отношения к собственной деятельности не только способствует повышению комфорта, но и снижает риск серьезных психологических проблем в будущем. Вместе с тем работники психиатрического стационара были ориентированы на максимальное выявление лиц с ухудшением психического здоровья, связанным с пандемией, и оказание психолого-психотерапевтической помощи, рекомендуя абстрагироваться от потока негативной информации, обрести спокойствие в простых удовольствиях настоящего момента.

Согласно результатам собственного исследования установлена прямая связь средней силы ($R=0,62$; $p<0,003$) между интроспекцией и степенью выраженности тревоги. Понимание данной связи заключается в том, что нарастание уровня интроспекции ассоциировано с повышением уровня тревоги и наоборот.

Вызванное как самой пандемией, так и профилактическими мерами (карантин, социальная изоляция) нарастание тревожного восприятия и эмоционального дефицита стремительно достигает уровня клинической тревоги в уязвимых группах населения (пациенты с длительным течением заболевания, пожилого возраста, женского пола и пр.). В группе обследованных работников психиатрического стационара для предотвращения разрушительных эмоциональных последствий пандемии особая роль в психолого-поведенческом воздействии отводилась стратегиям эмоциональной поддержки (регулирование эмоций): научения методам объективной оценки событий, отказа от катастрофизации проблем.

Обладая высокой психиатрической компетенцией, респонденты основной группы характеризовались низкой склонностью излишне скрупулезно анализировать «Я-состояние» и чувства других, искать причины начала пандемии, рефлексировать по поводу обоснованности или бессмысленности локдауна, соответственно в меньшей степени они испытывали тревожные переживания (зарегистрировано незначительное превышение показателей нормы).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате исследования выявлено, что показатели перфекционизма по 4 субшкалам и показатель тревоги (субклинический уровень) у работников психиатрической больницы имеют более низкие значения, чем у специалистов немедицинской сферы. Выраженность депрессии в обеих группах обследованных соответствовала среднениормативным значениям, без статистически значимых различий. Для респондентов обеих групп характерно также и сходство значений среднего количественного показателя по шкале безнадёжности, расцениваемого в рамках нормы.

Пандемия COVID-19 изменила формат услуг в сфере охраны психического здоровья и определила нацеленность на совершенствование амбулаторных служб. Так как очные обращения за психиатрической помощью сократились повсеместно, кроме психологического консультирования по телефону необходимо внедрение технологичных телемедицины в соответствии с клиническими протоколами, программ специальной профессиональной подготовки, расширение доступа к новым услугам. По мере снятия ковидных ограничений к прежнему уровню возвращается обращаемость за оказанием стационарной психиатрической помощи. Поэтому необходимы тренинги по психологической поддержке специалистов психиатрического профиля, испытавших на себе двойное бремя пандемии – ответственность не только за здоровье свое и близких, но и восстановление душевного равновесия пациентов.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении данного исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование с участием людей на основе принципов информированного добровольного согласия и этических стандартов, разработанных в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА, одобрено Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол № 2 от 14 января 2022 г.).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, Cannon M, Correll CU, Byrne L, Carr S, Chen EYH, Gorwood P, Johnson S, Kärkkäinen H, Krystal JH, Lee J, Lieberman J, López-Jaramillo C, Männikkö M, Phillips MR, Uchida H, Vieta E, Vita A, Arango C. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020 Sep;7(9):813-824. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30307-2. Epub 2020 Jul 16. Erratum in: *Lancet Psychiatry*. 2021 Jul;8(7):e16. PMID: 32682460; PMCID: PMC7365642.
2. Du J, Dong L, Wang T, Yuan C, Fu R, Zhang L, Liu B, Zhang M, Yin Y, Qin J, Bouey J, Zhao M, Li X. Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020 Nov-Dec;67:144-145. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2020.03.011. Epub 2020 Apr 3. PMID: 32381270; PMCID: PMC7194721.
3. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Beyond Paranoia and Panic. *Ann Acad Med Singap*. 2020 Mar 16;49(3):155-160. PMID: 32200399.
4. Цыганков Б.Д., Иванова Г.Р., Шелег Д.А., Савенкова В.И. Организация психиатрической помощи и психические нарушения у жителей стран, находящихся в условиях пандемии COVID-19 2020 г. (обзор литературы). *Вестник РАМН*. 2020. Т. 75, № 4. С. 331-339. Tsygankov BD, Ivanova GR, Sheleg DA, Savenkova VI. Organization of psychiatric care and mental disorders in residents of countries affected by the 2020 COVID-19 pandemic (literature review). *Bulletin of RAMS*. 2020;75(4):331-339. doi: 10.15690/vramn1382 (in Russian).
5. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *J Pers Soc Psychol*. 1991 Mar;60(3):456-70. doi: 10.1037//0022-3514.60.3.456. PMID: 2027080.

6. Леонтьев Д.А., Лаптева Е.М., Осин Е.Н., Салихова А.Ж. Разработка методики дифференциальной диагностики рефлексивности. Рефлексивные процессы и управление: Сб. материалов VII Международного симпозиума / под ред. В.Е. Лепского. М. : Изд-во Когито-Центр, 2009. С. 145-150. Leontiev DA, Lapteva EM, Osin EN, Salikhova AZh. Development of methods for differential diagnostics of reflexivity. Reflexive processes and management: Proceedings of the VII International Symposium / V.E. Lepsky, ed. Moscow: Kogito-Centre Publishing House, 2009. P. 145-150 (in Russian).
7. Spagnoli P, Buono C, Kovalchuk LS, Cordasco G, Esposito A. Perfectionism and Burnout During the COVID-19 Crisis: A Two-Wave Cross-Lagged Study. *Front Psychol.* 2021 Feb 1;11:631994. doi: 10.3389/fpsyg.2020.631994. PMID: 33597905; PMCID: PMC7882691.
8. Pereira AT, Cabaços C, Araújo A, Amaral AP, Carvalho F, Macedo A. COVID-19 psychological impact: The role of perfectionism. *Pers Individ Dif.* 2022 Jan;184:111160. doi: 10.1016/j.paid.2021.111160. Epub 2021 Jul 26. PMID: 34642518; PMCID: PMC8496947.
9. Jungmann SM, Witthöft M. Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety? *J Anxiety Disord.* 2020 Jun;73:102239. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102239. Epub 2020 May 20. PMID: 32502806; PMCID: PMC7239023.
10. Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *Br J Psychiatry.* 2018 May;212(5):279-286. doi: 10.1192/bjp.2018.27. Epub 2018 Mar 28. PMID: 29587888.
11. Mullarkey MC, Schleider JL. Contributions of fixed mindsets and hopelessness to anxiety and depressive symptoms: A commonality analysis approach. *J Affect Disord.* 2020 Jan 15;261:245-252. doi: 10.1016/j.jad.2019.10.023. Epub 2019 Oct 16. PMID: 31669923.

Поступила в редакцию 31.03.2022

Утверждена к печати 27.05.2022

Султанова Акlima Накиповна – д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; профессор кафедры психологии, педагогики и правоведения, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный университет экономики и управления». ORCID iD 0000-0001-6420-6591.

Наров Михаил Юрьевич – д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. ORCID iD 0000-0001-7551-6333. 2996458@mail.ru

Тагильцева Елена Владимировна – преподаватель кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. e-mail: leiderline@mail.ru

Филоненко Екатерина Васильевна – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Овчинников Анатолий Александрович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. SPIN-код 2228-5923. Author ID 705354. ORCID iD 0000-0003-1468-1620.

Станкевич Анна Сергеевна – аспирант кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. ORCID iD 0000-0001-5627-8245. stankevichann97@mail.ru

✉ Султанова Акlima Накиповна, sultanova.aklima@yandex.ru

UDC 613.861:614.8.015:614.254:614.256.5:331.485:364.622

For citation: Sultanova A.N., Narov M.Yu., Tagiltseva E.V., Filonenko E.V., Ovchinnikov A.A., Stankevich A.S. Features of the psychological response of medical workers in a psychiatric hospital to changes in the conditions of professional activity in a stressful situation of a pandemic. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2022; 2 (115): 84-93. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-84-93](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-84-93)

Features of the psychological response of medical workers in a psychiatric hospital to changes in the conditions of professional activity in a stressful situation of a pandemic

**Sultanova A.N.^{1,2,3}, Narov M.Yu.¹, Tagiltseva E.V.¹,
Filonenko E.V.^{1,3}, Ovchinnikov A.A.¹, Stankevich A.S.^{1,3}**

¹ Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health of Russia
Krasnyy Avenue 52, 630091, Novosibirsk, Russian Federation

² Novosibirsk State University of Economics and Management
Kamenskaya Street 56, 630099, Novosibirsk, Russian Federation

³ Scientific and Practical Center for Mental Health named after Ts.P. Korolenko
Krasnyy Avenue 90, 630105, Novosibirsk, Russian Federation

ABSTRACT

Rationale. In the COVID-19 situation, healthcare workers face a high risk due to the threat of infection as a result of contact with infected people, thermal imbalance due to wearing masks, psychological stress due to overwork and intensification of workload, professional burnout associated with frustration, isolation, discrimination. We assume that the decrease/increase in indicators of anxiety, depression, perfectionism, hopelessness is associated with the type (positive or negative) of reflection in psychiatric service employees. **Objective:** to identify the features of the psychological response of workers in a psychiatric hospital in a stressful situation of a pandemic. The study is focused on the preservation and development of professionalism, responsibility for decision-making, self-realization and self-control in conditions of work in chronic stress. Research base: State Budgetary Institution of Health "Novosibirsk State Clinical Psychiatric Hospital no. 3". **Research Material.** The main group (n=23) consisted only of medical workers (physicians and nurses). The comparison group (n=22) included non-medical specialists. The groups were comparable in terms of age and sex composition. **Methods:** clinical interview, experimental psychological diagnostics, methods of statistical data processing. To diagnose psychological response, a battery of psychological tests was used: 1) Hewitt-Flett multidimensional scale of perfectionism, which determines 4 indicators of personality perfectionism; 2) hospital anxiety and depression scale; 3) questionnaire by D.A. Leontiev "Differential type of reflection" on the definition of the type of reflection as a stable personality trait; 4) A. Beck's hopelessness scale for assessing the degree of negative attitude towards the future and negative expectations. The statistical significance of differences between the indices in the main group and the comparison group was determined using the Mann-Whitney U-test. The relationship between the indicators was revealed using the Spearman rank correlation coefficient. **Results.** A comparative analysis of the characteristics of the psychological response and psycho-emotional state of workers in a psychiatric hospital and non-medical specialists during the COVID-19 pandemic showed a higher psychophysiological and psychological stress nature of the character of the work of medical personnel. It is necessary to use psychological and liaison support programs to discuss and rationally reflect on the stressors of the professional environment based on introspection and self-acceptance.

Keywords: medical workers, psychiatric service, COVID-19, psychological response, perfectionism, anxiety, depression, reflection, hopelessness.

Received March 31.2022

Accepted May 27.2022

Sultanova Aklima N., MD in Medicine, professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation; professor of the Department of Psychology, Pedagogy and Jurisprudence, Novosibirsk State University of Economics and Management, Novosibirsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-6420-6591.

Narov Mikhail Yu., MD, Prof. of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-7551-6333. 2996458@mail.ru

Tagiltseva Elena V., lecturer of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation. e-mail: leiderline@mail.ru

Filonenko Ekaterina V., Ph.D., docent of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation.

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. ORCID iD 0000-0003-1468-1620.

Stankevich Anna S., graduate student of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-5627-8245. stankevichann97@mail.ru

✉ Sultanova Aklima N., sultanova.aklima@yandex.ru

ЭПИЛЕПТОЛОГИЯ

УДК 616.853-055.1-055.2:316.812.1:364.642:616.8-085.851

Для цитирования: Казенных Т.В., Бохан Н.А. Психотерапевтическая парадигма в методологии комплексной социально-терапевтической коррекции взаимоотношений в семьях больных эпилепсией: новые возможности системного подхода. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 2 (115). С. 94-102. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-94-102](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-94-102)

Психотерапевтическая парадигма в методологии комплексной социально-терапевтической коррекции взаимоотношений в семьях больных эпилепсией: новые возможности системного подхода

Казенных Т.В.¹, Бохан Н.А.^{1,2}

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

² ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России
Россия, 634050, Томск, Московский тракт, 2

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Изучение внутрисемейных взаимоотношений больных эпилепсией представляют интерес в силу высокой распространённости данного заболевания. Оптимизация микроклимата в семье, ценностных ориентаций и психиатрической грамотности родственников в отношении заболевания имеет большое значение для повышения уровня социальной адаптации больных эпилепсией. **Цель:** изучение актуального гомеостаза семей больных эпилепсией с последующей разработкой психотерапевтических стратегий коррекции отношений. **Материал и методы.** База проведения и период исследования: Междисциплинарный центр профилактики пароксизмальных состояний (МЦППС) Томского НИМЦ, 2001–2019 гг. Отбор в исследовательскую выборку проводили безвыборочным методом. Группа пациентов (n=1969) включала 971 мужчину и 998 женщин с разными формами эпилепсии, длительно-стью заболевания от 0 до 19 лет, различной выраженностью психических расстройств и без таковых. Группа членов семей (родственников) пациентов (n=1141) состояла из 675 женщин и 466 мужчин. Оценка внутрисемейных отношений во время посещения МЦППС проводилась по результатам беседы с пациентом и его родственниками и данным анкетирования с помощью разработанного нами опросника (метод полуструктурированного интервью, включая отношение к пациенту и системе медицинской помощи со стороны родных, влияние заболевания на отношение самого больного к ближайшим родственникам), и по результатам личностного опросника FACES-3. **Результаты и обсуждение.** 71,4% больных эпилепсией продемонстрировали высокую психиатрическую грамотность. Основным причинным фактором болезни они считают травмы головы и тяжелые инфекции (40%), отягощенную наследственность (20%), алкоголизм (6,7%). 88,9% связывают с болезнью финансовые затруднения и конфликтные отношения в семье. 82,6% согласны находиться под наблюдением невропатолога или эпилептолога, но не психиатра. 10% пациентов-мужчин связывали с приемом противосудорожных средств снижение сексуального влечения и активности. 40% мужчин считали себя лидерами семьи, но родственники отрицали их главную роль. Родственники пациентов не состояли на психиатрическом учете по поводу психических и поведенческих расстройств, в единичных случаях встречались заболевания, ассоциированные со злоупотреблением алкоголем. Сплоченность и адаптацию (актуальный гомеостаз) семьи оценивали по FACES-3: выявлены гармоничные (40%) и негативные (10%) взаимоотношения, высокая сплоченность (50%). 35% семей быстро адаптировались в новых условиях, 13,5% семей в силу рассогласованности и ригидности характеризовались чрезмерной социальной гибкостью, 10% семей обладали низким адаптационным потенциалом. Обнаружены типы семей: среднесбалансированные (50%), сбалансированные (40%), дисгармоничные (10%). Выявлена степень субъективной удовлетворенности семейной жизнью: 43,3% – высокая и средняя, 56,7% – низкая. В практику МЦППС внедрены разработанные нами программы коррекции отношений в разных моделях семьи (больной – ребенок, больной – супруг/супруга, больной – родитель). Применение психотерапевтических программ в комплексной модели персонализированной терапии больных эпилепсией позволило повысить эффективность лечебно-реабилитационной работы до 84,3%.

Ключевые слова: эпилепсия, семейные взаимоотношения, продуктивное сотрудничество, психологическое тестирование, психотерапевтическая коррекция.

ВВЕДЕНИЕ

Достижение многогранности взаимопонимания с больным эпилепсией позволяет уточнить тип течения и форму заболевания, структуру приступов. Общие и специальные психотерапевтические мероприятия способствуют смягчению негативной аффективной напряженности и снижению судорожной готовности пациентов. Психотерапевтическое конструктивное общение психотерапевта и пациента в амбулаторных условиях эффективно в виде практического инструктажа. Доверительная беседа незаменима в ситуации психотерапевтического взаимодействия, придавая черты «исповедальности». Отвечая потребностям больного в сочувствии, диалог заряжает пациента оптимизмом, а уверенные формулировки терапевта повышают его настрой на сотрудничество. Т.е. психотерапия позволяет дифференцированно, гибко и «экономно» проводить долгосрочное планирование медикаментозной терапии и реабилитации [1].

В группе больных эпилепсией с использованием клинико-психопатологического метода выявлено снижение самооценки в связи с диагнозом, необходимостью длительно/пожизненно принимать противоэпилептические препараты и постоянно находиться под медицинским наблюдением, склонность воспринимать перспективные вопросы будущего в семейном и трудовом аспектах как ограниченные и реагировать на это постоянной тревогой. С этим связана их нуждаемость в психологической поддержке с использованием дестигматизационной психотерапевтической программы, основанной на паритетном активном партнерстве «врач – пациент» на всех лечебно-реабилитационных этапах коррекции физического, психологического и социального функционирования, нарушенного вследствие эпилепсии. Использование шкалы реактивной и личностной тревожности предоставляет возможность осуществить мониторинг состояния пациентов с эпилепсией в процессе лечебных мероприятий, оценить влияние комплексной противоэпилептической терапии и её психотерапевтической составляющей [2].

В силу высокой распространенности эпилепсии в российской популяции значительная часть исследований посвящена изучению особенностей семей, воспитывающих детей, страдающих эпилепсией. Большое внимание авторы уделяют анализу отношения родителей к болезни ребенка, особенностям реагирования родителей на присутствие в семье ребенка-инвалида (вид материнского отношения к больному ребенку, материнская депривация и фрустрированность ребенка, оценка родительского эмоционального восприятия ребенка по мере взросления, регуляция детско-

родительских отношений и пр.) [3, 4]. Однако публикуется незначительное число исследований, освещающих характер взаимоотношений в семьях больных эпилепсией более старшего возраста. Хотя практические результаты таких работ представляют очевидный интерес, поскольку изучение микроклимата в семейной системе, потребностей, ценностных ориентаций и интересов её членов, направлений личностного роста имеет большое значение для повышения уровня социальной адаптации больных эпилепсией [5].

С позиции биопсихосоциальной модели адаптации к детской эпилепсии показано, что вмешательства по формированию навыков преодоления трудностей могут быть эффективны не только в снижении психосоциальной дезадаптации, связанной с детской эпилепсией, но и способствуют снижению частоты припадков. Такой результат имеет первостепенное значение в реализации оптимальной противоэпилептической терапии [6].

Успехи фармакотерапии позволили улучшить контроль над приступами и качество жизни людям с эпилепсией (PWE). Но по-прежнему сохраняются трудности из-за отсутствия качественного образования и интеллектуального функционирования, слабой социальной и семейной поддержки, недостаточного лечения сопутствующих психических заболеваний, социальных ограничений, проблем с трудоустройством. Низкий социально-экономический статус препятствует полноценной интеграции PWE в социум, сохраняющиеся предрассудки в некоторых расовых группах отражают тот факт, что общественная стигма в отношении PWE сохранилась в общественном сознании. Необходимы реформы в сфере психиатрии и психотерапии, чтобы помочь PWE жить продуктивной жизнью [7].

Эмоциональное воздействие состояния больного эпилепсией на членов семьи изучено недостаточно. Большинство исследований по этой теме ограничены детской эпилепсией, хотя не меньший интерес представляет изучение влияния эпилепсии у взрослых на психологическое и социальное благополучие отдельных членов семьи (психологическое и физическое благополучие, удовлетворенность социальными обстоятельствами и воспринимаемый уровень поддержки в семьях взрослых пациентов с трудноизлечимой эпилепсией). Адекватное медицинское обслуживание и позитивная система поддержки семьи, включая психотерапевтическое сопровождение, – приоритетная predisпозиция в оказании помощи страдающим эпилепсией [8].

Оценка эффективности лечения эпилепсии психолого-психотерапевтическими методами в снижении частоты приступов и/или улучшении качества жизни проведена по результатам рандо-

мизированных исследований. Не обнаружено значительного влияния релаксационной терапии на частоту приступов. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) эффективна при эпилепсии с депрессивным аффектом. Групповая КПТ расценивается двояко: одни авторы отрицают её влияние на частоту припадков, другие – описывают значимое снижение частоты и индекса припадков. Сообщается о снижении частоты и длительности припадков, улучшении когнитивного и моторного функционирования в исследовании биологической обратной связи с кожно-гальванической реакцией. Отмечается результативность сочетания релаксации и модификации поведения при тревоге и адаптации. Психообразовательные тренинги полезны для улучшения социальных навыков, знаний, понимания и преодоления эпилепсии в виде устойчивой ремиссии, соблюдения режима антиэпилептической терапии [9].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение актуального гомеостаза семей больных эпилепсией с разработкой психотерапевтических стратегий коррекции отношений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

База проведения и период исследования: Междисциплинарный центр профилактики пароксизмальных состояний (МЦППС) Томского НИМЦ, 2001–2019 гг. Отбор в исследовательскую выборку осуществляли безвыборочным методом. В группу пациентов ($n=1969$) были включены 971 мужчина и 998 женщин с разными формами эпилепсии, длительностью заболевания от 0 до 19 лет, различной выраженностью психических расстройств и без таковых. Группа членов семей (родственников) пациентов ($n=1141$) состояла из 675 женщин (289 жен, 366 матерей, 8 сестер, 12 дочерей) и 466 мужчин (278 мужей, 169 отцов, 4 брата, 15 сыновей).

Уровень образования среди родственников пациентов оказался достаточно высоким – около половины из них ($n=539$; 47,2%) имели законченное высшее образование, 12 продолжали обучение в вузах (1,0%), большинство родственников получили среднее или среднеспециальное образование ($n=602$; 51,8%).

Для выяснения характера внутрисемейных отношений во время посещения МЦППС проводилась беседа с самим пациентом и его родственниками. Все участники исследования прошли процедуру анкетирования с использованием разработанного нами опросника (метод полуструктурированного интервью) и опросника Олсона по оценке семейной сплоченности, адаптации и коммуникации (FAES-3). Оценка внутрисемейных отношений прежде всего интересовала с психиатрической (наличие психопатологической симптоматики) точки зрения. Собственная мето-

дика полуструктурированного интервью с больными эпилепсией и их родственниками позволяла объективно оценить отношение к пациенту и системе медицинской помощи со стороны родных, влияние заболевания на отношение самого больного к ближайшим родственникам.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Больные эпилепсией продемонстрировали высокую психиатрическую грамотность: большинство из них ($n=1406$; 71,4%) верно называют основные симптомы эпилепсии, более половины ($n=1184$; 60,1%) относят разные виды приступов к клиническим проявлениям заболевания, правильно называют принимаемые ими противоэпилептические препараты. Отрицательное воздействие травм головы или тяжелых инфекций (40,0%), отягощенной наследственности (20,0%), алкоголизма (6,7%) считают причиной болезни. Одинаковое число респондентов (16,7% и 16,6%) либо затруднились ответить, либо дали не соответствующие медицинской концепции ответы.

Оценка сексуальности в обследуемой выборке больных и их родственников проводилась в соответствии с предположением о взаимосвязи между половыми отношениями партнеров и психоэмоциональной сбалансированностью семьи. Больные откровенно отвечали на вопросы о сексуальной активности, только 10% пациентов-мужчин из числа опрошенных сообщили о снижении сексуального влечения и активности, дисгармонию в сексуальной сфере они непосредственно связывали с приемом противоэпилептических средств. По материалам опроса родственников (жен больных) отсутствовали сведения о том, что сниженная сексуальная активность мужа ведет к напряжению, семейному кризису или распаду супружеских отношений.

Выявлена дихотомия мнений по вопросу о лидерстве в кругу семьи: 40,0% опрошенных уверенно и стенично называют лидерами себя (все мужчины), в то время как родственники не признавали их главенство в семье.

Большинство ($n=1752$; 88,9%) пациентов связывают серьезные финансовые затруднения с болезнью. Более половины ($n=621$; 57,8%) имеющих собственные семьи пациентов считают, что прогрессирующая болезнь ведет к распаду семьи.

Большая часть ($n=1627$; 82,6%) респондентов полагают, что должны находиться под наблюдением у невропатолога или эпилептолога, 200 (10,2%) – у участкового врача поликлиники, 64 (3,3%) – у психотерапевта. Лишь незначительная доля ($n=78$; 3,9%) участников исследования согласна по собственному запросу получать профессиональную помощь психиатров, но высказываются против постановки на учет и диспансерного наблюдения у психиатра.

Большинство респондентов положительно высказывались об организации и функционировании городской психиатрической службы, качестве оказания специализированной помощи. Наиболее актуальной проблемой участники опроса считали временное вынужденное прекращение медикаментозной терапии из-за высокой стоимости АЭС, а также ссылались на «невозможность попасть в стационар». Значительное «душевное облегчение» все пациенты отмечали в связи с возможностью обращения и наблюдения в МЦППС.

Среди родственников пациентов не выявлено состоящих на диспансерном психиатрическом наблюдении, по данным психометрического обследования у членов семей не обнаружено выраженных расстройств личности, но методами клинико-психологической диагностики определены характерологические личностные акцентуации. Вместе с тем у 28 родственников (мужья или отцы больных) имелись заболевания, ассоциированные со злоупотреблением алкоголем.

Согласно результатам анкетирования, 93,3% родственников больных эпилепсией владеют достаточным уровнем информации о течении болезни и клиническом диагнозе. 96,7% корректно оценивают симптоматику во время эпилептических приступов, знают наименования и правила приема (дозировку, время приема) терапевтических средств. В то же время 100% не понимают логической связи между поведением больного в межприступный период и проявлениями болезни; развитие эпилепсии, как правило, связывают со стереотипными факторами риска (травматический, инфекционный, генетический, злоупотребление алкоголем или табакокурением, психоэмоциональный стресс). 13,3% родственников сообщили, что неуравновешенность, вспыльчивость и стремление больных эпилепсией доминировать в ближайшем окружении не только порождают психоэмоциональную напряженность в межличностной коммуникации, но и служат главным источником конфликтов и экстремально-стрессовых ситуаций в семье. С одной стороны, родственники больных эпилепсией официально демонстрировали благожелательное отношение к психиатрической службе, с другой – прилагали максимум усилий, чтобы скрыть от окружающих факт заболевания члена семьи. На предложение о терапевтическом сотрудничестве, партнерстве и доверительном взаимодействии с другими родственниками в рамках скоординированных сообществ или групп помощи и поддержки практически все ответили отказом.

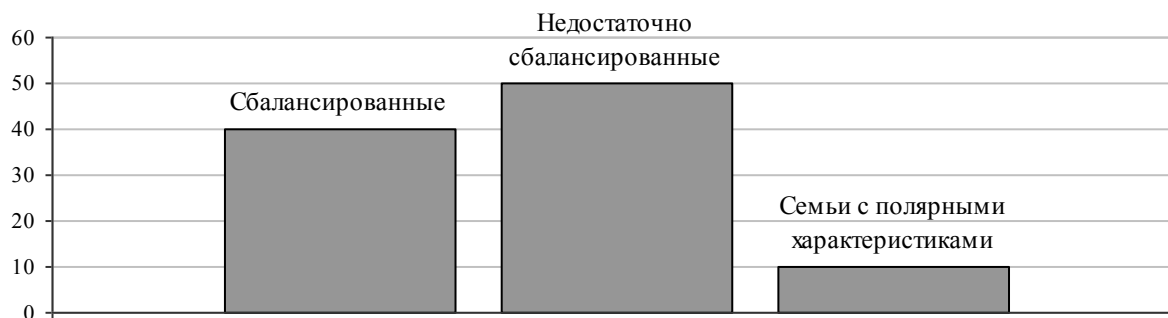
Для изучения актуального гомеостаза семьи нами использовался опросник FACES-3 [10], позволяющий оценить уровень семейной сплоченности и адаптации.

В соответствии с полученными оценочными показателями 40% пациентов удовлетворены гармоничными и теплыми эмоциональными взаимоотношениями в семье, отмечают общую эмоциональную близость и в то же время необходимую автономно каждого члена семейной системы. О негативной атмосфере в семье сообщили 10% больных (максимальная удаленность друг от друга, незаинтересованность проблемами других членов семьи, полная сконцентрированность и погруженность в свое личное пространство). 50% пациентов оценивали собственные семьи как сплоченные и дружные, где не ограничивают самостоятельность, а при необходимости можно получить поддержку, где поощряются взаимная ответственность, альтруизм, доброта и заботливость.

35% пациентов считали свои семьи способными к адаптации в новых условиях, к совместному преодолению стрессовых ситуаций; сформированная в структуре семьи психосоциальная гибкость позволяла позитивно перестроить взаимоотношения в соответствии с социальным запросом или онтогенетическим развитием семейного функционирования. 13,5% семей характеризовались чрезмерной социальной гибкостью (рассогласованность в соблюдении социальных норм и правил, бесосновательная смена лидера, несогласие с семейными традициями и ценностями, неподчинение и протестное поведение). Низкие адаптационные возможности наблюдались в 10% семей, что свидетельствует об авторитарной модели взаимоотношений, ригидных установках, низкой способности отказаться от прежних планов, убеждений, взглядов с учетом изменившихся обстоятельств.

В соответствии с моделью D. Olson, включающей ключевые параметры (сплоченность, иерархия, гибкость) структуры семейных взаимоотношений, семейные системы были квалифицированы по типам на основе объективных измерений и оценки результатов заданий теста. Сбалансированными (согласованными) считались семьи с нормативными значениями уровня сформированности сплоченности и адаптационных возможностей. К дисгармоничным были отнесены семьи с полярными характеристиками (крайние значения). Промежуточное положение занимали среднесбалансированные семьи, в отношении которых зафиксированы отклонения от средненормативных показателей по одной из характеристик теста.

На рисунке 1 представлены итоги ранжирования структуры семей по типам согласно полученным данным субъективной удовлетворенности/неудовлетворенности больных эпилепсией семейным функционированием.



Р и с у н о к 1. Распределение типов семей в группе больных эпилепсией, наблюдающихся в МЦППС, по данным тестирования по опроснику FACES-3 (экстенсивные показатели)

Половина (50%) испытуемых охарактеризовала свои семьи как среднесбалансированные (неудовлетворенность межличностными взаимоотношениями и совместной деятельностью, низкая способность к быстрой перестройке семейного функционирования в постоянно меняющихся условиях). 40% пациентов оценили свои семьи как сбалансированные (признание самостоятельности и независимости каждого из членов стабильной семейной системы, сотрудничество, пластичный переход к преобразованиям в зависимости от обстоятельств). 10% пациентов считали свои семьи дисгармоничными (признание приоритетности только своих потребностей, ограничение прав других, разобщенность интересов, эмоциональная холодность, неспособность к перестройке межличностных отношений).

Анализ изучения субъективной удовлетворенности семейной жизнью показал следующее распределение: 43,3% – высокая и средняя удовлетворенность жизненных потребностей, 56,7% – низкая степень удовлетворенности семейной жизнью.

Данные, полученные в рамках исследования взаимоотношений в семьях больных эпилепсией, были положены в основу разработанных программ коррекции отношений в различных моделях семьи (больной – ребенок, больной – супруг/супруга, больной – родитель) и внедрены в практическую деятельность МЦППС.

Больной – ребенок

В отечественной эпилептологии работа с семьями больных эпилепсией не являлась предметом широкого обсуждения, несмотря на необходимость специальной подготовки, без которой трудно оценить возможности больного эпилепсией ребенка и верно идентифицировать изменение состояния в конкретной ситуации. Чтобы родители стали равноправными партнерами специалистов в терапии и реабилитации больного ребенка,

они должны владеть основами оказания психокоррекционной помощи [11].

Так как становление и развитие ребенка с эпилепсией происходит в контексте семьи, именно на старших членов семьи возлагается ответственность за научение навыкам эффективной жизнедеятельности в ситуации болезни и оказание помощи в социальной адаптации ребенка в создаваемой болезнью обстановке – как в возрастной среде, так и обществе в целом. Ребенок нуждается в постоянной психологической поддержке, его нельзя оставлять наедине с создавшимся трудным положением. Объяснение и правильная ориентировка – два важных принципа помощи в приспособлении к проблемам, порождаемым его общением с окружающей средой. Поддержка и содействие врача и социального работника играют важную роль в приобретении родителями практических знаний. Они должны точно представлять, что может, не может или не должен делать их ребенок. Иногда врачу приходится преодолевать устаревшие, бессмысленные концепции в отношении заболевания ребенка. Врач в доступной форме и полном объеме должен ознакомить родителей с понятной для восприятия и освоения информацией о причинах заболевания, его течении, эффективных методах терапии, возможных исходах. Родители должны овладеть поведенческими ограничениями в процессе взаимодействия с больным ребенком, объективно оценивать возможности коммуникации с учетом его личностных особенностей, обусловленных фактором болезни. Недопустима чрезмерная забота и предпочтение больного ребенка здоровым братьям и сестрам, что может стать причиной противоречий и межличностных конфликтов в семье. Самое разумное решение – рассматривать ребенка как обыкновенного, нормального, маленького человека, которому повышенная забота нужна только в области здоровья.

В целях коррекции отношений в семьях, где растет ребенок, страдающий эпилепсией, необходимо: 1) разъяснение родителям больного ребенка всех интересующих вопросов, обязательным является требование отказаться от поиска «виноватого» в болезни ребенка; 2) привлечение матери в качестве помощника врача для контроля за приемом АЭС, ведение дневника приступов, соблюдение режимов дня и питания. Необходимо активное вовлечение отца во все мероприятия; 3) психокоррекционная работа в семьях, направленная на гармонизацию взаимоотношений между отцом и матерью, здоровыми братьями и сестрами; 4) привлечение социального работника для решения проблем пребывания больного ребенка в детском саду, школе и других учреждениях, информирование о его болезни и обучение окружающих основам оказания помощи при возникновении у больного ребенка приступов.

Помимо коррекции противоэпилептической терапии и психических расстройств разной степени выраженности с членами семей, имеющих (n=53) детей, наблюдающихся психиатром-эпилептологом МЦППС, было проведено собеседование, выявляющее исходный уровень знаний родителей об эпилепсии. Скрининг продемонстрировал достаточную информационную осведомленность о проявлениях и причинах заболевания. Все родители выражали готовность участвовать в обучающих беседах, однако предпочитали работать индивидуально, объясняя это нежеланием «...выносить свое горе и отчаяние на людей», «...лучше раскрыть душу и обсуждать проблемы без посторонних, только с врачом». Основой психокоррекции являлось формирование нового стиля поведения в результате положительного подкрепления. Клинико-катамнестическое наблюдение членов обратившихся семей выявило: снижение эмоционального напряжения, отказ от неадаптивных стереотипов, социальную адаптацию и расширение контактов больного ребенка. Все дети обучались в общеобразовательной школе, имели друзей по интересам, самореализовались в учебе и общении. Клиентцентрированная терапия позволяла приостановить когнитивное снижение, редуцировать тревожные и депрессивные переживания, оптимизировать коммуникации в системе отношений, через осознание и переработку личных проблем повысить самооценку и развивать потенциальные возможности. Дети школьного возраста ответственно подходили к лечению, самостоятельно вели дневники приступов, под контролем родителей строго следовали режиму приема противоэпилептических средств.

Коррекционная работа с семьями детей, больных эпилепсией, требует объединения усилий медицинских и социальных работников, осуществ-

ляющих реабилитационные мероприятия. Развитие амбулаторных форм медицинского обслуживания ставит задачу организации эмпатической среды, в которой терапевт создает атмосферу принятия ребенка. Соответственно происходящие изменения в восприятии себя и окружающей действительности помогут эффективно регулировать внутрисемейные процессы. Функционируя в фокусе реабилитационно-профилактической направленности, МЦППС призван обеспечить этапность в оказании помощи страдающим пароксизмальными состояниями.

Этап I – диагностика и разработка индивидуально-дифференцированных программ реабилитации детей, страдающих различными формами эпилептической болезни, обоснованный выбор противосудорожной терапии.

Этап II – катамнестическое проследивание, своевременная и адекватная психическому состоянию коррекция АЭС; организация и проведение обучающих семинаров, тренингов.

Этап III – динамическое наблюдение пациентов до достижения 18-летнего возраста, что обеспечит преемственность в реабилитации, отсутствие у больных и членов их семей психотравмирующей ситуации, связанной со сменой наблюдающего врача, поддержание комплаентного единства между больным и специалистом-эпилептологом.

Больной – супруг/супруга

Ни в одной другой сфере социальной деятельности у больного эпилепсией не возникает такого множества всесторонних и масштабных проблем, как в области межличностных взаимоотношений. Поэтому основной задачей психотерапевтической коррекции являлось разъяснение большого спектра интересующих родственников вопросов, формирование у них релевантного отношения к больному и его болезни.

Плодотворное сотрудничество формировалось в процессе систематических психотерапевтических бесед с мужем/женой больного в формате «вопрос-ответ». Членам семьи рекомендовалось ознакомиться со специальной тематической литературой по эффективным алгоритмам диагностического обследования, комплексной терапии заболевания и рисками возможных осложнений. Не всегда понятная терминология в силу недостаточной медицинской компетенции членов семьи интерпретировалась врачом в рамках собеседования. Непременным атрибутом в системе психообразования являлось разъяснение того, что эпилепсия проявляется не только судорожными приступами (моторика, измененная двигательная активность во время приступа), но и расстройствами психологического развития, симптомами расстройств личности и поведения.

Ведущие разделы работы: 1) проведение индивидуальной и семейной психотерапии, направленной на улучшение микроклимата в семье и формирование доминанты расположенности и принятия больного родственника; 2) привлечение в случае необходимости врачей других специальностей (сексопатологов, гинекологов и т.д.) для решения вопросов о сексуальной активности, проблемах, связанных с планированием сроков беременности; 3) ориентированность на всестороннее развитие и функционирование, включая формирование самостоятельности пациента (контроль приема противоэпилептических средств, регулярное пополнение и хранение лекарств, планирование врачебных визитов, ведение дневников приступов).

Больной – родитель

К данной категории относились пациенты, длительный период страдающие эпилепсией, имеющие вследствие заболевания стойкие личностные изменения. Коррекция внутрисемейных отношений затруднена, так как родственникам бывает сложно поддерживать нормальное общение с больными позднего возраста в силу их склонности на фоне возрастных изменений к застремости, конфликтности, капризности, злобности, агрессии, недоверию, подозрительной мнительности, злопамятности, прогрессирующей скупости, мелочной придирчивости. Тем не менее именно контингент пожилых больных эпилепсией более других категорий пациентов с этим диагнозом нуждается не только в заботе и помощи со стороны членов семьи и близких, но и в социальной опеке в лице государственных структур.

На базе МЦППС в данном направлении реализуются психообразовательные проекты, включающие: 1) обучение родственников больного роли опекунов с «низкоэмоциональным поведением» по отношению к больному; 2) психокоррекционные мероприятия по стабилизации психологического микроклимата в семье родственников, являющихся опекунами больного; 3) организация юридического консультирования в сфере правового и социального просвещения (опекунство, наследование собственности и т.п.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение разработанных персонифицированных психотерапевтических программ в комплексной модели персонализированной терапии больных эпилепсией позволило повысить эффективность лечебно-реабилитационной работы до 84,3% (зарегистрированное улучшение во всех сферах социального функционирования и качества жизни больных эпилепсией и членов их семей в том числе базируется на их удовлетворенности качеством оказания психотерапевтической помощи).

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование осуществлено по бюджетному финансированию ГЗ 075-01184-22-00 в рамках выполнения комплексной темы НИР НИИ психического здоровья Томского НИМЦ «Биопсихосоциальные механизмы патогенеза и клинического полиморфизма, адаптационный потенциал и предикторы эффективности терапии у больных с психическими и поведенческими расстройствами в регионе Сибири» (регистрационный номер 122020200054-8).

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование было проведено с соблюдением норм современной биомедицинской этики и этических стандартов, разработанных в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА (протокол заседания этического комитета НИИ психического здоровья Томского НИМЦ № 133/2.2020 от 19.06.2020 г.).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Смирнов В.Е. Психотерапия при эпилепсии: учебное пособие. М.: ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», 2014. 104 с. Smirnov V.E. Psychotherapy for epilepsy: a textbook. Moscow: SBEI PE "Russian Medical Academy of Postgraduate Education", 2014:104 (in Russian).
2. Григорьева И.В., Докукина Т. В., Махров М. М., Хлебказов Ф. П. Основные психотерапевтические задачи в процессе дестигматизации пациентов с эпилепсией. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2013. Т. 5, № 4. С. 10-12. Grigoryeva IV, Dokukina TV, Makhrov MM, Khlebokazov FP. The main psychotherapeutic tasks in the process of destigmatization of patients with epilepsy. *Epilepsy and Paroxysmal Conditions*. 2013;5(4):10-12 (in Russian).
3. Шалькевич Л.В., Кудлач А.И., Ивашина Е.Н. Перинатальные факторы риска в развитии эпилепсии у детей. Медицинские новости. 2018. № 5 (284). С. 32-36. Shalkevich LV, Kudlach AI, Ivashina EN. Perinatal risk factors in the development of epilepsy in children. *Medical News*. 2018;5(284):32-36 (in Russian).
4. Балакирева Е.А., Халаимова О.А., Матвиенко Е.В., Калмыкова Г.В., Коваленко Ю.В. Длительный катамнез эпилепсии на разных этапах: подросток – женщина – мать. Трудный пациент. 2022. Т. 20, № 1. С. 47-49. Balakireva EA, Khalaimova OA, Matvienko EV, Kalmykova GV, Kovalenko YuV. Long-term follow-up of epilepsy at different stages: teenager – woman – mother. *Difficult Patient*. 2022;20(1):47-49. doi: 10.224412/2074-1005-2022-1-47-49 (in Russian).

5. Якунина О.Н., Шова Н.И., Михайлов В.А. Особенности семейной адаптации больных эпилепсией с суицидальными мыслями. Психология и психотерапия семьи. 2021. № 3. С. 29-38. Yakunina ON, Shova NI, Mikhailov VA. Features of family adaptation of patients with epilepsy with suicidal thoughts. Psychology and Psychotherapy of the Family. 2021;3:29-38 doi:10.24412/2587-6783-2021-10020 (in Russian).
6. Wagner JL, Smith G. Psychosocial intervention in pediatric epilepsy: a critique of the literature. Epilepsy Behav. 2006 Feb;8(1):39-49. doi: 10.1016/j.yebeh.2005.08.011. Epub 2005 Oct 24. PMID: 16246636.
7. Bautista RE, Shapovalov D, Saada F, Pizzi MA. The societal integration of individuals with epilepsy: perspectives for the 21st century. Epilepsy Behav. 2014 Jun;35:42-9. doi: 10.1016/j.yebeh.2014.04.006. Epub 2014 May 3. PMID: 24798409.
8. Saada F, Wang ZS, Bautista RE. In focus: The everyday lives of families of adult individuals with epilepsy. Epilepsy Behav. 2015 Sep;50:10-3. doi: 10.1016/j.yebeh.2015.05.041. Epub 2015 Jun 17. PMID: 26093217.
9. Ramaratnam S, Baker GA, Goldstein LH. Psychological treatments for epilepsy. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jul 16;(3):CD002029. doi: 10.1002/14651858.CD002029.pub3. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2016;2:CD002029. PMID: 18646083.
10. Olson D.H., Portne J., Lavee Y. "Faces III": Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales, Family Social Science. St. Paul: University of Minnesota, 1985.
11. Семакина Н.В., Михайлов В.В., Злоказова М.В. Качество жизни, психическая адаптация, направления психологической реабилитации матерей детей, страдающих эпилепсией. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2017. Т. 9, № 4. С. 22-30. Semakina NV, Mikhailov VA, Zlokazova MV. Quality of life, mental adjustment and psychological rehabilitation of mothers of children with epilepsy. Epilepsy and Paroxysmal Conditions. 2017;9(4):22-30. DOI: 10.17749/2077-8333.2017.9.4.022-030 (in Russian).

Поступила в редакцию 10.02.2022
Утверждена к печати 27.05.2022

Казенных Татьяна Валентиновна, кандидат медицинских наук, ученый секретарь НИИ психического здоровья. ResearcherID J-1673-2017. Author ID Scopus 57195285544. Author ID РИНЦ 626033. SPIN-код РИНЦ 6956-3031. ORCID iD 0000-0002-6253-4644.

Бохан Николай Александрович, академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, руководитель отделения аддиктивных 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.

✉ Казенных Татьяна Валентиновна, kazennykh@sibmail.com

UDC 616.853-055.1-055.2:316.812.1:364.642:616.8-085.851

For citation: Kazennykh T.V., Bokhan N.A. Psychotherapeutic paradigm in the methodology of complex social and therapeutic correction of relationships in families of patients with epilepsy: new possibilities of a systematic approach. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2022; 2 (115): 94-102. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-94-102](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-94-102)

Psychotherapeutic paradigm in the methodology of complex social and therapeutic correction of relationships in families of patients with epilepsy: new possibilities of a systematic approach

Kazennykh T.V.¹, Bokhan N.A.^{1, 2}

¹ Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation

² Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Siberian State Medical University"
Moskovsky Trakt 20, 634050, Tomsk, Russian Federation

ABSTRACT

Background. The study of intra-family relationships of patients with epilepsy is of interest due to the high prevalence of this disease. The study of the microclimate in the family, the value orientations of its members, the psychiatric literacy of relatives in relation to the disease are of great importance for increasing the level of social adaptation of patients with epilepsy. **Objective:** to study the actual homeostasis of families of patients with epilepsy with the subsequent development of psychotherapeutic strategies for correcting relationships. **Material and Methods.** Base and period of the study: Interdisciplinary Center for the Prevention of Paroxysmal Conditions (ICPPS) of the Tomsk National Research Medical Center, 2001–2019. Selection for the research sample was carried out by a non-sampling method. The group of patients (n=1969) included 971 men and 998 women with different forms of epilepsy, disease duration from 0 to 19 years, various severity of mental disorders and without them. The group of family members (relatives) of patients (n=1141) consisted of 675 women and 466 men. Evaluation of intra-family relations during the visit to the ICPPS was carried out based on the results of a conversation with the patient and his relatives and questionnaire data using a questionnaire developed by us (semi-structured interview method, including the attitude of relatives towards the patient and the medical care system, the impact of the disease on the attitude of the patient himself towards the closest relatives), and according to the results of the FACES-3 personality questionnaire. **Results and Discussion.** 71.4% of patients with epilepsy demonstrated high psychiatric literacy. They consider head injuries and severe infections (40%), aggravated heredity (20%), and alcoholism (6.7%) to be the main causative factor of the disease. 88.9% associate financial difficulties and conflict relations in the family with the disease. 82.6% agree to be under the supervision of a neurologist or an epileptologist, but not a psychiatrist. 10% of male patients associated with the intake of antiepileptic drugs a decrease in sexual desire and activity. 40% of men considered themselves leaders of the family, but relatives denied their main role. Relatives of the patients were not registered with psychiatrists for mental and behavioral disorders; in isolated cases, there were diseases associated with alcohol abuse. Cohesion and adaptation (actual homeostasis) of the family was assessed by FACES-3: harmonious (40%) and negative (10%) relationships were revealed, high cohesion (50%). 35% of families quickly adapted to the new conditions, 13.5% of families, due to inconsistency and rigidity, were characterized by excessive social flexibility, 10% of families had low adaptive potential. Found types of families: medium balanced (50%), balanced (40%), disharmonious (10%). The degree of subjective satisfaction with family life was revealed: 43.3% – high and medium, 56.7% – low. The programs developed by us for the correction of relations in different family models (the patient is a child, the patient is a spouse, the patient is a parent) have been introduced into the practice of the ICPPS. The use of psychotherapeutic programs in a complex model of personalized therapy for patients with epilepsy made it possible to increase the efficiency of treatment and rehabilitation work up to 84.3%.

Keywords: epilepsy, family relationships, productive cooperation, psychological testing, psychotherapeutic correction.

Received February 10.2022

Accepted May 27.2022

Kazennykh Tatyana V., PhD, Academic Secretary, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. ResearcherID J-1673-2017. Author ID Scopus 57195285544. Author ID RSCI 626033. SPIN-code RSCI 6956-3031. ORCID iD 0000-0002-6253-4644.

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. ResearcherID P-1720-2014. Author ID RSCI 152392. SPIN-code RSCI 2419-1263.

✉ Kazennykh Tatyana V., kazennyh@sibmail.com

