



№6 | том 25 | 2023

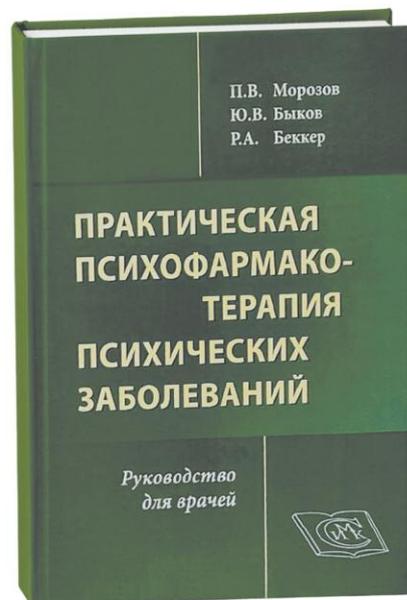
журнал имени

ISSN 2075-1761

П.Б. ГАННУШКИНА

психиатрия и психофармакотерапия





В данной книге детально рассматриваются как теоретические аспекты психофармакологии (история развития разных групп психотропных препаратов и мотивация для каждого этапа их разработки, химическое строение, фармакокинетика и фармакодинамика психотропных лекарств, патофизиология ряда психических расстройств в связке с теоретическими обоснованиями эффективности определенных препаратов при этих расстройствах), так и вопросы прикладной психофармакотерапии (рациональный выбор лекарств, дозировки, режимы дозирования, их совместимость, их эффективность и безопасность при разных психических патологиях с точки зрения доказательной медицины, показания и противопоказания к их назначению, побочные эффекты и способы их предотвращения или минимизации, способы их коррекции, особые указания).

Книга «Практическая психофармакотерапия психических заболеваний (избранные главы): руководство для врачей» рассчитана на широкий круг врачей, использующих в своей практике психотропные препараты или желающих научиться их использованию (не только психиатры). Она также может быть полезной студентам старших курсов медицинских вузов, особенно тем из них, кто намерен избрать своей специальностью психиатрию, наркологию или неврологию.

руководство для врачей

ПРАКТИЧЕСКАЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ИЗДАТЕЛЬСТВО

Специальное Издательство
Медицинских Книг, Россия

АВТОРЫ

Морозов П.В., Быков Ю.В., Беккер Р.А.

Артикул: 110437
ISBN: 978-5-91894-094-5
Год издания: 2021
Страниц: 1096
Переплет: твердый
Формат, см.: 17.0 x 24.0
Вес: 1.580 кг
Категории: Психиатрия, наркология

Журнал «Психиатрия и психофармакотерапия» им. П.Б. Ганнушкина – издание Российского общества психиатров (РОП), рецензируемый научно-практический журнал для профессионалов в области здравоохранения. Основан в 1999 году П.В. Морозовым. Журнал «Психиатрия и психофармакотерапия» им. П.Б. Ганнушкина индексируется в следующих электронных поисковых системах/базах данных: РИНЦ (Российский индекс научного цитирования), Web of Science, Google Scholar



Том 25, №6, 2023 / Vol. 25, No.6, 2023

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР ЖУРНАЛА
 Д.П. Морозов

EDITOR-IN-CHIEF
 D.P. Morozov

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.С. Аведисова, д.м.н., проф.
 Ю.А. Александровский, чл.-кор. РАН
 А.В. Андрищенко, д.м.н.
 И.П. Анохина, акад. РАН
 Р.А. Беккер, м.к.н.
 А.Е. Бобров, д.м.н., проф.
 Н.А. Бохан, акад. РАН
 Ю.В. Быков, к.м.н.
 Д.С. Данилов, д.м.н.
 Э.Б. Дубницкая, д.м.н., проф.
 Н.Н. Иванец, чл.-кор. РАН
 М.В. Иванов, д.м.н., проф.
 С.В. Иванов, д.м.н., проф.
 Б.А. Казаковцев, д.м.н., проф.
 В.В. Калинин, д.м.н., проф.
 М.А. Кинкулькина, чл.-кор. РАН
 В.Н. Краснов, д.м.н., проф.
 Г.П. Костюк, д.м.н., проф.
 Е.Г. Костюкова, к.м.н.
 В.И. Крылов, д.м.н., проф.
 Н.А. Мазаева, д.м.н., проф.
 В.Э. Медведев, к.м.н., доцент
 М.А. Морозова, д.м.н., проф.
 С.Н. Мосолов, д.м.н., проф.
 Н.Г. Незнанов, д.м.н., проф.
 С.А. Овсянников, д.м.н., проф.
 А.Б. Смуглевич, акад. РАН
 Н.В. Треушников, к.м.н.
 Г.М. Усов, д.м.н., проф.
 А.Б. Шмуклер, д.м.н., проф.

EDITORIAL COUNCIL

A.S. Avedisova, prof. Dr. Sci.
 Yu.A. Alexandrovsky, prof. Assoc. Member RAS
 A.V. Andryuschenko, Dr. Sci.
 I.P. Anokhina, prof. Assoc. Member RAS
 R.A. Bekker, M. Sc. in computer Science
 A.E. Bobrov, prof. Dr. Sci.
 N.A. Bohan, prof. Assoc. Member RAS
 Yu.V. Bykov, Ph. D.
 D.S. Danilov, Dr. Sci.
 E.B. Dubnitskaya, prof. Dr. Sci.
 N.N. Ivanets, prof. Assoc. Member RAS
 M.V. Ivanov, prof. Dr. Sci.
 S.V. Ivanov, prof. Dr. Sci.
 B.A. Kazakovtsev, prof. Dr. Sci.
 V.V. Kalinin, prof. Dr. Sci.
 M.A. Kinkulkina, prof. Assoc. Member RAS
 V.N. Krasnov, prof. Dr. Sci.
 G.P. Kostuk, prof. Dr. Sci.
 E.G. Kostukova, Ph. D.
 V.I. Krylov, prof. Dr. Sci.
 N.A. Mazaeva, prof. Dr. Sci.
 V.E. Medvedev, Ph. D., Associate Professor
 M.A. Morozova, prof. Dr. Sci.
 S.N. Mosolov, prof. Dr. Sci.
 N.G. Neznanov, prof. Dr. Sci.
 S.A. Ovsiannikov, prof. Dr. Sci.
 A.B. Smulevich, prof. Member RAS
 N.V. Treoushnikova, Ph. D.
 G.M. Usov, prof. Dr. Sci.
 A.B. Schmukler, prof. Dr. Sci.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ СОВЕТ

Председатель – А. Jablensky (Перт)
 С.А. Алтынбеков (Алматы)
 Э.Ш. Ашуров (Ташкент)
 Т.И. Галако (Бишкек)
 Н.В. Измайлов (Баку)
 Н.А. Марута (Харьков)
 А.Э. Мелик-Пашаян (Ереван)
 О.А. Скугаревский (Минск)

INTERNATIONAL COUNCIL

Н.И. Ходжаева (Ташкент)
 J. Rybakowski (Познань)
 C. Soldatos (Афины)
 D. Moussaoui (Касабланка)
 G. Milavic (Лондон)
 J. Sinzelle (Париж)
 H.-J. Moeller (Мюнхен)
 J. Chihai (Кишинев)

E-mail: dmr@mentica-pvm.ru, am@mentica-pvm.ru
Электронная версия: con-med.ru

По вопросам рекламы и продвижения:

АНО «Научно-практический центр «Психея» имени Петра Викторовича Морозова». 117437 Москва, ул Островитянова дом 9, корпус 4, кв 249, тел.: +7 993 908 00 26

Издатель: АНО «Научно-практический центр «Психея» имени Петра Викторовича Морозова».

Адрес издателя: 117437 Москва, ул Островитянова дом 9, корпус 4, кв 249

Адрес типографии: 107023, Москва, ул. Электровзаводская, 21

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

Рег. номер: ПИ № ФС77-73902.

Общий тираж: 30 тыс. экз.

Дата выхода: 28.12.2023

Учредитель: АНО «Научно-практический центр «Психея»

имени Петра Викторовича Морозова»

Издание распространяется бесплатно.

Каталог «Пресса России» 29575.

Авторы, присылающие статьи для публикаций, должны быть ознакомлены с инструкциями для авторов и публичным авторским договором. Информация на сайте con-med.ru.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции журнала.

Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения редакции.

Все права защищены. 2023 г.

Научное производственно-практическое издание для профессионалов в области здравоохранения. Согласно рекомендациям Роскомнадзора выпуск и распространение данного производственно-практического издания допускаются без размещения знака информационной продукции.



Журнал имени П.Б. Ганнушкина
 Gannushkin Journal

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENT

В ФОКУСЕ

Количество депрессивных эпизодов ассоциировано с наличием сопутствующих сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний: предварительные результаты кросс-секционного исследования
 Е.Д. Касьянов, Я.В. Яковлева, Г.В. Рукавишников, Л.В. Малышко, Н.Г. Незнанов, А.О. Кибитов, Г.Э. Мазо 4

IN FOCUS

The number of depressive episodes is associated with concomitant cardiovascular and endocrine diseases: preliminary results of a cross-sectional study
 E.D. Kosyanov, Ya.V. Yakovleva, G.V. Rukavishnikov, L.V. Malyshko, N.G. Neznanov, A.O. Kibitov, G.E. Mazo 4

ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

Психосоциальные аспекты антисуицидальных мотивов у подростков
 Е.В. Булычева, Р.И. Антохина, А.В. Васильева, Е.Ю. Антохин, А.С. Калмыкова 11

ADOLESCENT PSYCHIATRY

Psychosocial aspects of antisuicidal motives in adolescents
 E.V. Bulycheva, A.V. Vasilyeva, E.Yu. Antokhin, R.I. Antokhina, A.S. Kalmykova 11

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Возможности амбулаторного применения метадоксила в пероральной форме при расстройствах, связанных с употреблением алкоголя. Резолюция совета экспертов (10 ноября 2023 г.)
 Ю.П. Сиволап, В.Э. Медведев, А.Р. Асадуллин, К.В. Рыбакова, М.А. Винникова, А.Ю. Ненастьева, И.В. Жиров 24

TO HELP A PRACTICING DOCTOR

The possibilities of outpatient use of methadoxyl in oral form in alcohol-related disorders. Resolution of the Council of Experts (November 10, 2023)
 Yu.P. Sivolap, V.E. Medvedev, A.R. Asadullin, K.V. Rybakov, M.A. Vinnikova, A.Yu. Nenastiev, I.V. Zhirov 24

ИССЛЕДОВАТЕЛЬ – ПРАКТИКЕ

Опыт применения карипразина при лечении шизофрении и биполярного аффективного расстройства
 В.И. Фролова 28

RESEARCHER – TO THE PRACTICE

The experience of using cariprazine in the treatment of schizophrenia and bipolar affective disorder
 V.I. Frolova 28

К проблеме диагностики продромальных расстройств шизофрении: клинический случай
 А.А. Моритц, М.В. Иванов 34

The problem of diagnosis of the prodromal schizophrenia: a clinical case.
 A.A. Moritz, M.V. Ivanov 34

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

Понятие адаптации и «жизненных стратегий» в эволюционной психиатрии и психологии
 Н.Ю. Пятницкий, Л.И. Абрамова 38

POINT OF VIEW

The concept of adaptation and life “strategies” in evolutionary psychiatry and psychology
 N.Yu. Pyatnitskiy, L.I. Abramova 38

ПРОЩАНИЕ

Памяти профессора кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Ярославского государственного медицинского университета» МЗ РФ
 Леонида Константиновича Хохлова 46

IN MEMORIAM

In memory of Leonid Konstantinovich Khokhlov, Professor of the Department of Psychiatry at the Yaroslavl State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation 46

Решением ВАК Минобрнауки России журнал «Психиатрия и психофармакотерапия» им. П.Б. Ганнушкина включен в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых публикуются основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук

Количество депрессивных эпизодов ассоциировано с наличием сопутствующих сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний: предварительные результаты кросс-секционного исследования

Е.Д. Касьянов¹, Я.В. Яковлева¹, Г.В. Рукавишников¹, Л.В. Малышко¹, Н.Г. Незнанов^{1,2}, А.О. Кибитов¹, Г.Э. Мазо¹

¹ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России)

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (ФГБОУ ВО «СПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России)

Резюме

В настоящее время имеется значительный объем данных, подтверждающий наличие общих патофизиологических и внешнесредовых факторов риска депрессии и хронических соматических заболеваний. Целью данного исследования было проведение разведочного анализа взаимосвязей депрессии с сердечно-сосудистыми и эндокринными заболеваниями (ССЗ и ЭЗ) среди пациентов с депрессивным эпизодом или рекуррентным депрессивным расстройством (ДЭ/РДР) и участников без каких-либо психических расстройств. Все участники исследования находились в возрастном диапазоне 35-69 лет. В результате исследования было выявлено, что частота хронических соматических заболеваний, а именно ССЗ и ЭЗ, у пациентов с ДЭ/РДР составляет 28.3% и значительно не отличается от группы участников без психических расстройств. При этом у пациентов с ДЭ/РДР и хроническими соматическими заболеваниями отмечается значимо большее количество ДЭ в течение жизни по сравнению с пациентами без ССЗ и ЭЗ. Кроме того, у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями значимо чаще встречается в структуре депрессии такой атипичный симптом, как повышение аппетита. Не было выявлено связи отягощенного семейного анамнеза по ССЗ и ЭЗ с наличием изучаемых хронических соматических заболеваний у пациентов с ДЭ/РДР. При этом отягощенный семейный анамнез по ССЗ и сахарному диабету 2-го типа, но не щитовидной железы, в целом чаще встречался у участников группы сравнения, нежели у пациентов с ДЭ/РДР. Одним из основных ограничений данного исследования является отсутствие объективного подтверждения ССЗ и ЭЗ, а также отсутствие контроля смешивающих факторов у участников исследования. В будущих работах должен быть сделан упор на объективные методы подтверждения диагнозов и семейного анамнеза у пациентов, а также на изучение общих патофизиологических механизмов ДЭ/РДР и хронических соматических заболеваний.

Ключевые слова: депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, сердечно-сосудистые заболевания, коморбидность, психосоматика.

Для цитирования: Е.Д. Касьянов, Я.В. Яковлева, Г.В. Рукавишников, Л.В. Малышко, Н.Г. Незнанов, А.О. Кибитов, Г.Э. Мазо. Количество депрессивных эпизодов ассоциировано с наличием сопутствующих сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний: предварительные результаты кросс-секционного исследования. Психиатрия и психофармакотерапия. 2023; 6: 4–10.

The number of depressive episodes is associated with concomitant cardiovascular and endocrine diseases: preliminary results of a cross-sectional study

E.D. Kosyanov¹, Ya.V. Yakovleva¹, G.V. Rukavishnikov¹, L.V. Malysheko¹, N.G. Neznanov^{1,2}, A.O. Kibitov¹, G.E. Mazo¹

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

²I.P. Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University.

Abstract

Currently, there's a substantial amount of data confirming common pathophysiological and environmental risk factors for depression and chronic somatic diseases. This study aims to conduct an exploratory analysis of the relationship between depression and cardiovascular and endocrine diseases (CVD and ED) among patients experiencing a depressive episode or recurrent depressive disorder (DE/RDD) and participants without any mental disorders. All study participants fall within the 35-69 age range. The study revealed that the frequency of chronic somatic diseases in patients with DE/RDD is 28.3%, showing no significant difference from the group without mental disorders. However, those with DE/RDD and chronic somatic diseases exhibit a significantly higher lifetime prevalence of DE compared to patients without CVD and ED. Furthermore, an atypical symptom like increased appetite is significantly more common among patients with chronic somatic diseases. No connection was found between family history of CVD and ED with studied chronic somatic diseases in patients with DE/RDD. Meanwhile, family history of CVD and type 2 diabetes mellitus, but not thyroid gland issues, was generally more common in the comparison group than in patients with DE/RDD. One major limitation of this study is the lack of objective verification for CVD and ED, as well as the absence of control over confounding factors in the study participants. Future research should prioritize more objective methods for confirming diagnoses and family history, while also delving into the general pathophysiological mechanisms of DE/RDD and chronic somatic diseases.

Keywords: depressive episode, recurrent depressive disorder, cardiovascular diseases, comorbidity, psychosomatics.

For citation: E.D. Kosyanov, Ya.V. Yakovleva, G.V. Rukavishnikov, L.V. Malysheko, N.G. Neznanov, A.O. Kibitov, G.E. Mazo. The number of depressive episodes is associated with concomitant cardiovascular and endocrine diseases: preliminary results of a cross-sectional study. Psychiatry and psychopharmacotherapy. 2023; 6: 4–10.

Введение

Тесная связь с депрессией существует для всех групп соматических заболеваний, относящихся к приоритетным областям национального здравоохранения [11]. Пациенты с депрессией умирают на 5-10 лет раньше из-за хронических соматических заболеваний и более высокой уязвимости к суицидальному поведению по сравнению с общей популяцией [12; 16]. Распространенность депрессии у лю-

дей, имевших по крайней мере одно хроническое соматическое заболевание, составляет 9.3-23% [25]. При этом у пациентов с мультиморбидными состояниями (т.е. с несколькими хроническими соматическими заболеваниями) вероятность депрессии в два раза выше, чем у людей без мультиморбидности [27]. Важно также отметить, что сама депрессия может быть фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта, сахарного диабета

и остеопороза, а также ухудшать исходы многих других заболеваний [3; 10; 14; 15; 32].

Имеются данные о том, что пациенты как с депрессией, так и с хроническими соматическими заболеваниями имеют значительно более низкое качество жизни, чем пациенты с хроническими соматическими заболеваниями, которые не страдают депрессией [25]. Такое влияние хронических заболеваний на депрессию может быть связано с физической и социальной дисфункциями, а также экономическим бременем [24]. Дополнительной проблемой являются расходы на медицинское обслуживание, которые примерно на 50% выше для пациентов с депрессией и сопутствующими хроническими соматическими заболеваниями, чем для пациентов без депрессии [23].

Цель исследования: провести разведочный анализ взаимосвязей депрессии с сердечно-сосудистыми и эндокринными заболеваниями среди пациентов с депрессивным эпизодом или рекуррентным депрессивным расстройством и участников без каких-либо психических расстройств в возрастном диапазоне 35-69 лет.

Материал и методы

Дизайн исследования и рекрутмент. Данное кросс-секционное мультицентровое исследование проводилось при поддержке гранта РФФИ № 20-15-00132-П. Набор пациентов в исследование проводился в пяти центрах: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ (Санкт-Петербург), ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ (Москва), ФГБНУ «НЦПЗ» (Москва), ФГБНУ «ИБГ УФИЦ» РАН (Уфа), ФГБОУ ВО «РГМУ» (Ростов-на-Дону). Исследование одобрено Независимым этическим комитетом при НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (протокол №7 от 22.06.2017).

Набор участников проводился как в амбулаторной сети, так и в стационарах Центров исследования. Всем участникам исследования после подписания информированного согласия присваивался уникальный анонимный идентификатор. Полученные клинические данные хранились в бумажной и электронной формах.

Диагностические процедуры. В исследование включались пациенты от 18 лет с диагнозами, соответствующими диагностическим критериям МКБ-10 для депрессивного эпизода (F32) и рекуррентного депрессивного расстройства (F33) вне зависимости от стадии расстройства (обострения или ремиссии). Для группы сравнения включались участники без психических расстройств от 18 лет, отсутствие которых верифицировалось в ходе полуструктурированного интервью MINI. В целях данного исследования были отобраны участники в возрастном диапазоне 35-69 лет в связи с повышенным риском развития хронических соматических заболеваний.

В исследование не включались лица с биполярным аффективным расстройством (БАР), а также пациенты, имеющие диагноз, соответствующий критериям МКБ-10 в рубриках органические расстройства F00-09 и расстройства шизофренического спектра F20-29, ВИЧ-положительный статус, судорожный синдром в анамнезе или тяжелые соматические заболевания в стадии обострения. Критерии исключения содержали пункты об отказе пациента от дальнейшего участия в исследовании.

На основании MINI согласно диагностическим критериям оценивались и фиксировались все сопутствующие

психические расстройства тревожного спектра (генерализованное тревожное расстройство (ГТР), обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), паническое расстройство (ПР), социальное тревожное расстройство (СТР) и др.), расстройства пищевого поведения (нервная анорексия (НА), нервная булимия (НБ), приступообразное переедание), расстройства употребления психоактивных веществ, а также психотические симптомы.

Карта исследования включала в себя стандартные социодемографические и антропометрические данные, а также информацию о наличии таких соматических заболеваний, как сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ: инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность и др.) и эндокринные заболевания, среди которых отдельно фиксировались сахарный диабет (СД) 1-го и 2-го типов, расстройства щитовидной железы, ожирение по ИМТ >30 кг/см². Дополнительно в карте фиксировались данные о семейном анамнезе психическими и соматическими расстройствами, а также клинические характеристики депрессии (данные о возрасте начала и длительности депрессии, количестве депрессивных эпизодов, продолжительности самого длительного депрессивного эпизода, а также наличии суицидальных попыток).

Психометрическое обследование. Все участники исследования проходили обследование по ряду психометрических инструментов. Для оценки выраженности ангедонии использовалась шкала оценки ангедонии Снайта-Гамильтона (Snaitth-Hamilton Pleasure Scale, SHAPS) [29]. Для выявления симптомов гипомании в анамнезе пациенты заполняли опросник Hupomania Checklist (HCL)-32 [5]. Для оценки суицидального риска использовалась Колумбийская Шкала Оценки Тяжести Суицида (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS) [26]. Исследование травмирующего опыта в детском возрасте производилось с помощью шкалы CTQ [8].

Статистический анализ. Распределение количественных переменных исследования не соответствовало нормальному распределению согласно критерию Шапиро-Уилка (возраст $W = 0.93194$, $p\text{-value} = 2.647e-09$; ИМТ $W = 0.96606$, $p\text{-value} = 1.225e-05$), в связи с этим в анализе применялись непараметрические методы. Межгрупповые сравнения были проведены при помощи непараметрических критериев – критерия Манна-Уитни для количественных переменных и критерия χ^2 Пирсона для категориальных переменных. В качестве критического уровня значимости выбрано значение – 0.05.

Результаты

Описание выборки. В данное исследование было включено 249 участников в возрасте 35-69 лет, из которых 69.5% ($n=173$) были женского пола. Средний возраст пациентов составил 47.1 (9.5) года, медианный возраст 46.0 (38.0 – 54.0), минимальный – 35.0, максимальный – 69.0 года. Диагнозы ДЭ/РДР были верифицированы у 63.9% ($n=159$), среди них с диагнозом ДЭ – 17.6% ($n=28$) пациентов. В группу сравнения вошло 36.1% ($n=90$) человек, которые не имели каких-либо психических расстройств.

Анализ с группой сравнения. Сравнение пациентов с диагнозами ДЭ/РДР с участниками без психических расстройств по социо-демографическим и клиническим ха-

Характеристики		ДЭ/РДР 63.9% (n=159)	Группа сравнения 36.1% (n=90)	P-value
Пол	Жен.	71.1% (n=113)	66.7% (n=60)	0.5609
	Муж.	28.9% (n=46)	23.3% (n=30)	
Возраст (лет)		48.00 (39.00 - 56.50)	44.0 (37.0 - 50.0)	0.0009342
Образование	Среднее	3.8% (n=6)	2.2% (n=2)	0.0003126
	Среднее специальное	27% (n=43)	6.7% (n=6)	
	Высшее	69.2% (n=110)	91.1% (n=82)	
Социальный статус	Не работает и не учится	15.7% (n=25)	4.4% (n=4)	6.08e-07
	Работает и/или учится	27% (n=43)	95.6% (n=86)	
Семейный статус	Не замужем или не женат	10.7% (n=17)	4.4% (n=4)	9.671e-06
	Фактический брак	2.5% (n=4)	7.8% (n=7)	
	Замужем или женат	21.4% (n=34)	78.9% (n=71)	
	Разведен(а)/вдова или вдовец	8.8% (n=14)	8.9% (n=8)	
ИМТ (кг/м ²)		24.84 (21.64 - 28.49)	24.89 (23.14 - 27.90)	0.8748
Наличие любых ССЗ или ЭЗ		28.3% (n=45)	23.3% (n=21)	0.4815
Наличие ССЗ		10.1% (n=16)	6.7% (n=6)	0.4871
Наличие СД2		1.9% (n=3)	1.1% (n=1)	1
Наличие заболеваний щитовидной железы		2.5% (n=4)	7.8% (n=7)	0.06156
Наличие ожирения		20.8% (n=33)	11.1% (n=10)	0.05672

Характеристики	ДЭ/РДР 63.9% (n=159)	Группа сравнения 36.1% (n=90)	P-value
Семейный анамнез ССЗ	18.2% (n=29)	36.7% (n=33)	0.002
Семейный анамнез СД 2-го типа	5.7% (n=9)	18.9% (n=17)	0.002
Семейный анамнез заболеваний щитовидной железы	4.4% (n=7)	7.8% (n=7)	0.2687
Семейный анамнез ожирения	4.4% (n=7)	10% (n=9)	0.1068
Семейный анамнез расстройств настроения	26.4% (n=42)	1.1% (n=1)	1.546e-08
Семейный анамнез любого психического расстройства	31.5% (n=50)	2.2% (n=2)	2.816e-09

рактикам представлено в таблице №1. В исследуемых группах не было выявлено значимых различий по полу. Однако наблюдались статистически значимые различия по возрасту, уровню образования, социальному и семейному статусам. Уровень ИМТ в исследуемых группах значимо не различался, однако наблюдалась тенденция к значимости к более высокой частоте ожирения среди пациентов с диагнозами ДЭ/РДР. Значимых различий по частоте таких соматических заболеваний, как ССЗ, СД 2-го типа, заболевания щитовидной железы, выявлено не было. Ни у одного из участников не было выявлено истории острого нарушения мозгового кровообращения или СД 1-го типа.

В таблице №2 представлен сравнительный анализ семейного анамнеза по психическим и соматическим расстройствам. Пациенты с диагнозами ДЭ/РДР значительно чаще сообщали об отягощенном семейном анамнезе по расстройствам настроения, а также по любым другим психическим расстройствам. В то же время в группе сравнения значимо чаще сообщали об отягощенном семейном анамнезе по таким соматическим расстройствам, как ССЗ и СД 2-го типа. При этом заболевания щитовидной железы и ожирение в семьях пациентов с ДЭ/РДР и группы сравнения встречались с одинаковой частотой.

Анализ только пациентов с ДЭ/РДР. Среди пациентов с диагнозом ДЭ/РДР с и без сопутствующих соматических заболеваний не было значимых различий по полу (жен-

щин 77.8% [n=35] против 68.4% [n=78] соответственно; p-value = 0.3281). Однако пациенты с сопутствующими соматическими заболеваниями были значимо старше по возрасту (53.00 [42.00 – 60.00] против 47.00 [39.00 – 55.00] лет; p-value = 0.03629) и имели более высокий уровень ИМТ (31.14 [27.72 – 33.59] против 23.65 [20.96 – 26.17] кг/м²; p-value = 8.614e-15) в сравнении с пациентами без соматических заболеваний.

При анализе клинических характеристик ДЭ/РДР было выявлено, что у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями отмечается значимо большее количество депрессивных эпизодов в течение жизни по сравнению с пациентами с ДЭ/РДР без соматических заболеваний (4.000 [2.000 – 6.000] против 3.000 [2.000 – 5.000] лет; p-value = 0.02582). При этом в данных группах не было обнаружено значимых различий по длительности заболевания (14.00 [6.00 – 27.00] против 11.50 [4.25 – 20.75] соответственно; p-value = 0.3133), по возрасту манифеста депрессии (32.00 [24.00 – 48.00] против 33.50 [25.00 – 41.755] лет; p-value = 0.6669) и по уровню самого продолжительного депрессивного эпизода (10.00 [3.00 – 18.00] против 6.00 [4.00 – 12.00] кг/м²; p-value = 0.5709). Группы пациентов с и без соматических расстройств также значимо не различались по количеству суицидных попыток (12.3% [n= 14] против 13.3% [n=6] соответственно; p-value = 1).

Не было обнаружено значимых различий (p>0.05) по частоте сопутствующих психических расстройств, оценен-

Психометрические инструменты	ДЭ/РДР с соматическими расстройствами	ДЭ/РДР без соматических расстройств	P-value
HCL-32	11.50 (8.00-26.00)	10.50 (6.00-28.00)	0.2496
EAT-26	3.0 (1.0-8.0)	3.000 (1.000-7.000)	0.8655
SHAPS	4.000 (2.000-7.500)	4.000 (1.000-7.750)	0.4818
C-SSRS суицидные мысли в течение жизни	0.000 (0.000-2.000)	0.000 (0.000-3.000)	0.8625
C-SSRS суицидное поведение в течение жизни	0.000 (0.000-0.000)	0.000 (0.000-0.000)	0.4474
C-SSRS суицидный риск в течение жизни	0.000 (0.000-2.250)	0.00 (0.00-3.00)	0.902
CTQ эмоциональное насилие	6.0 (5.00-8.00)	7.000 (5.000-8.000)	0.5217
CTQ физическое насилие	5.000 (5.000-6.000)	5.000 (5.000-6.000)	0.4732
CTQ сексуальное насилие	5.000 (5.000-5.000)	5.000 (5.000-6.000)	0.3589
CTQ эмоциональное пренебрежение	11.50 (8.25-16.75)	10.50 (7.00-14.00)	0.3005
CTQ физическое пренебрежение	7.000 (5.000-9.000)	7.000 (5.000-10.000)	0.3911

ных в ходе интервью MINI, таких как: ГТР, ПР, СТР, ОКР, НА и НБ, расстройство, связанное со злоупотреблением ПАВ, и никотиновая зависимость.

Отдельно были проанализированы атипичные нейровегетативные симптомы в структуре депрессии из-за их связи с иммунно-воспалительными процессами. Было выявлено, что у пациентов с диагнозами ДЭ/РДР с сопутствующими соматическими заболеваниями значительно чаще встречалась атипичная симптоматика в структуре депрессии, а именно – повышенный аппетит (28.9% [n=13] против 13.2% [n=15] соответственно; p-value = 0.03445). При этом пациенты с и без хронических соматических заболеваний не различались по частоте гиперсомнии в структуре депрессии (22.2% [n = 10] против 16.6% [n=19] соответственно; p-value = 0.5557).

Сопутствующие СС3 и Э3 у пациентов с ДЭ/РДР не были значимо связаны с наличием отягощенного семейного анамнеза как по психическим расстройствам и расстройствам настроения в частности, так и по СС3, СД2 и заболеваниям щитовидной железы (p>0.05). Тем не менее отягощенный семейный анамнез по ожирению чаще встречался у пациентов с ДЭ/РДР и хроническими соматическими заболеваниями (13.3% [n = 6] против 0.9% [n=1] соответственно; p-value = 0.002), среди которых в том числе учитывалось текущее ожирение.

В таблице №3 представлено сравнение оценок психометрических шкал у пациентов с диагнозами ДЭ/РДР с и без сопутствующих соматических заболеваний. Выраженность скрытой гипоманиакальности по HCL-32, пищевых нарушений по EAT-26 и ангедонии по SHAPS, а также выраженность различных компонентов суицидности в течение жизни по C-SSRS и психотравмирующего опыта в детском возрасте по CTQ значимо не различались у пациентов с и без сопутствующих СС3 и Э3 (p>0.05).

Обсуждение

В данном исследовании пациентов с ДЭ/РДР в возрасте 30-69 лет было выявлено несколько важных наблюдений. Во-первых, частота хронических соматических заболеваний, а именно СС3 и Э3, у пациентов с ДЭ/РДР составляет 28.3% и значимо не отличается от группы участников без психических расстройств. Во-вторых, у пациентов с ДЭ/РДР с хроническими соматическими заболеваниями

отмечается значимо большее количество депрессивных эпизодов в течение жизни по сравнению с пациентами с ДЭ/РДР без хронических соматических заболеваний. Кроме того, у этих же пациентов значимо чаще встречается в структуре депрессии такой атипичный симптом, как повышение аппетита. В-третьих, не было выявлено связи отягощенного семейного анамнеза по СС3, СД 2-го типа и заболеваниям щитовидной железы с наличием изучаемых хронических соматических заболеваний у пациентов с ДЭ/РДР. При этом отягощенный семейный анамнез по СС3, СД 2-го типа, но не щитовидной железы, в целом чаще встречался у участников группы сравнения, нежели у пациентов с ДЭ/РДР.

Согласно последним метаанализам, хронические соматические заболевания значимо чаще встречаются среди пациентов с ДЭ/РДР в сравнении с общей популяцией, а частота коморбидного течения данных состояний может варьироваться от 25% до 41% случаев [7]. При этом в группах пациентов с расстройствами настроения, протекающими хронически (то есть только с РДР), частота сопутствующих соматических заболеваний могла достигать 75% [31]. Также стоит учесть, что ДЭ/РДР связаны с более высоким риском ожирения, малоподвижным образом жизни, курением и плохой приверженностью к терапии, что также относится к факторам риска развития хронических соматических заболеваний [4; 18]. Полученные результаты в нашем исследовании относительно отсутствия различий в частоте хронических соматических заболеваний у пациентов с ДЭ/РДР и группы сравнения в возрасте 30-69 лет можно объяснить особенностями дизайна и сбора информации. Так, диагнозы СС3 и Э3 фиксировались в карте исследования из доступной медицинской документации, а также со слов пациентов. В связи с чем отсутствие объективного подтверждения диагнозов хронических соматических заболеваний, а также отсутствие контроля смешивающих факторов у участников исследования могло повлиять на полученный результат.

Также интересным результатом является связь большего количества ДЭ с наличием сопутствующих хронических соматических заболеваний у пациентов с ДЭ/РДР вне зависимости от возраста манифеста и длительности заболевания, а также длительности самого продолжительного ДЭ в анамнезе. Ранее было показано, что тяжесть и коли-

чество сопутствующих медицинских заболеваний является предиктором наличия хронических депрессивных симптомов или хронического течения ДЭ у лиц позднего возраста [17; 19]. Тем не менее нам не удалось найти опубликованных данных о связи количества ДЭ с риском хронических соматических заболеваний, что указывает на необходимость дальнейшего изучения данной ассоциации.

С нейробиологической точки зрения взаимосвязь высокой рекуррентности ДЭ и сопутствующих хронических соматических заболеваний можно объяснить с помощью гипотез «нейропрогрессии» и «соматопрогрессии» [7]. Термин «нейропрогрессия» относится к процессу утяжеления течения психического расстройства и лежащей в его основе нейробиологической аномалии. Патолофизиологические механизмы, которые вовлечены в нейропрогрессию РДР (например, генетические факторы, воспаление, окислительный стресс, митохондриальная дисфункция), параллельно играют важную роль в генезе и прогрессировании многих сопутствующих хронических соматических заболеваний, включая ССЗ и ЭЗ [33]. Термин «соматопрогрессия» относится к описанным патолофизиологическим механизмам и накоплению сопутствующей соматической патологии, которая часто возникает параллельно с нейропрогрессией. Последняя, в свою очередь, в клинической картине РДР проявляется более высокой рекуррентностью ДЭ, более длительной продолжительностью заболевания, а также отсутствием ремиссии и резистентностью к лечению [6].

Связь гиперфагии у пациентов с РДР и хроническими соматическими заболеваниями также может объясняться нарушениями иммунометаболической регуляции, а именно более высокими уровнями маркеров воспаления, инсулина, лептина, грелина и большей резистентностью к инсулину [22]. Ранее было показано, что у пациентов с атипичными ДЭ, в структуре которых оценивалась гиперсомния и гиперфагия, отмечалось большее количество случаев ожирения, сердечно-сосудистых заболеваний и метаболического синдрома, а также более высокая тяжесть и рекуррентность ДЭ [9]. Связь атипичных симптомов с высокой рекуррентностью и хроническими соматическими заболеваниями снова может указывать на гипотезу «нейро-и соматопрогрессии» с отдельным фокусом на иммунометаболические нарушения как связующее звено.

В немногочисленных исследованиях, в которых изучался семейный анамнез, ранее была показана связь ССЗ и ЭЗ с депрессивными симптомами [20; 21], но не строго определенными диагнозами ДЭ/РДР. В единственном российском семейном исследовании, где проводилось прямое интервью как с пациентами и здоровым контролем, так и с их кровными родственниками, было выявлено, что диагноз расстройства настроения у пациентов был ассоциирован с наличием у их кровных родственников ССЗ, ЭЗ, инсультов любого типа и синдрома деменции [1; 2]. Однако в данное исследование включались пациенты как с диагнозами ДЭ/РДР, так и биполярным аффективным расстройством, для которого собрано больше данных о семейных факторах риска хронических соматических заболеваний. Так, среди пациентов с семейной историей биполярного аффективного расстройства, а также у их кровных родственников без симптомов данного расстройства имеются

повышенные риски развития ССЗ [13, 30]. В нашем исследовании не было выявлено влияния отягощенного семейного анамнеза по ССЗ, СД 2-го типа и заболеваниям щитовидной железы на наличие изучаемых хронических соматических заболеваний у пациентов с ДЭ/РДР. Исключением является отягощенный семейный анамнез по ожирению, который чаще встречался у пациентов с ДЭ/РДР и соматическими заболеваниями, но из-за малого размера выборки данный результат невозможно экстраполировать на генеральную совокупность. Основным ограничением данного результата является то, что сведения об отягощенном семейном анамнезе хроническими соматическими заболеваниями также собирались только со слов пациентов. Тем не менее факт того, что отягощенный семейный анамнез по ССЗ и СД 2-го типа чаще встречался у группы сравнения, нежели у пациентов с ДЭ/РДР, может указывать на разное влияние внешнесредовых факторов на механизмы развития хронических соматических заболеваний. Однако участники группы сравнения в целом имели более высокий уровень образования и социального благополучия, что могло сказаться на более полном знании о заболеваниях у членов своей семьи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение взаимосвязей таких мультифакториальных заболеваний, как ДЭ/РДР, ССЗ и ЭЗ, сопряжено со множеством трудностей, влияющих на достоверность результатов. В первую очередь, необходимо соблюдать строгие диагностические принципы как для ДЭ/РДР, так и для хронических соматических заболеваний, если мы хотим понять все сложности этой связи и найти эффективные способы лечения. Наш разведочный анализ у лиц в возрасте 30-69 лет с учетом ряда ограничений продемонстрировал несколько важных результатов, которые могут способствовать проведению дальнейших исследований в этой области. Так, несмотря на то что около трети пациентов с ДЭ/РДР имели диагноз ССЗ или ЭЗ, частота данных хронических соматических заболеваний значимо не различалась с группой сравнения. Кроме того, пациенты с ДЭ/РДР и сопутствующими хроническими соматическими заболеваниями характеризовались более высокой рекуррентностью ДЭ и частотой такого атипичного симптома в структуре депрессии, как повышение аппетита. При этом отягощенный семейный анамнез по хроническим соматическим заболеваниям чаще встречался у участников группы сравнения, нежели у пациентов с ДЭ/РДР, и никак не влиял на наличие ССЗ и ЭЗ у последних. В будущих исследованиях должен быть сделан упор на наиболее объективные методы подтверждения диагнозов и семейного анамнеза у пациентов, а также на изучение общих патолофизиологических механизмов ДЭ/РДР и хронических соматических заболеваний.

Благодарности

Авторы благодарят коллег, принимавших участие в наборе пациентов в рамках мультицентрового исследования: Голимбет В.Е., Лежейко Т.В., Попович У.О., Болгов М.И., Каледа В.Г., Шмуклер А.Б., Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И., Николишин А.Е., Савицкая К.С., Березкин А.С., Сараев И.Д., Солдаткин В.А., Сидоров В.А., Гареева А.Э., Казанцева А.В., Хуснутдинова Э.К., Валинуров Р.Г., Тимербулатов И.Ф.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflicts of interest.

Финансирование

Исследование выполнено при поддержке гранта РНФ № 20-15-00132-П.

Список литературы

- Касьянов Е.Д., Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Расстройства настроения в семейном анамнезе как фактор риска рекуррентного депрессивного или биполярного аффективного расстройства: результаты кросс-секционного исследования. Психиатрия. – 2023. – Т. 21, № 4. – С. 49-56. – DOI 10.30629/2618-6667-2023-21-4-49-56
- Касьянов Е.Д. Клинические и генетические маркеры риска развития аффективных нарушений в семьях с отягощенным анамнезом по депрессивному и биполярному аффективному расстройствам: специальность 14.01.06 «Психиатрия»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Касьянов Евгений Дмитриевич, 2021. – 122 с.
- Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В. Психосоматическая медицина: старые ресурсы и новые технологии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2023;123(4-2):14-19.
- Рукавишников Г.В., Ракитко А.С., Касьянов Е.Д., Ильинский В.В., Малышко Л.В., Незнанов Н.Г., Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Связь депрессии и тревоги с соматическими заболеваниями: роль негативных внешних факторов. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2023;123(4-2):74-80.
- Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, et al. The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord.* 2005;88(2):217-233. doi:10.1016/j.jad.2005.05.011
- Belleau EL, Treadway MT, Pizzagalli DA. The Impact of Stress and Major Depressive Disorder on Hippocampal and Medial Prefrontal Cortex Morphology. *Biol Psychiatry.* 2019 Mar 15;85(6):443-453. doi: 10.1016/j.biopsych.2018.09.031
- Berk M, Köhler-Forsberg O, Turner M, Penninx BWJH, Wrobel A, Firth J, Loughman A, Reavley NJ, McGrath JJ, Momen NC, Plana-Ripoll O, O'Neil A, Siskind D, Williams LJ, Carvalho AF, Schmaal L, Walker AJ, Dean O, Walder K, Berk L, Dodd S, Yung AR, Marx W. Comorbidity between major depressive disorder and physical diseases: a comprehensive review of epidemiology, mechanisms and management. *World Psychiatry.* 2023 Oct;22(3):366-387. doi: 10.1002/wps.21110
- Bernstein D.P., Fink L. Childhood Trauma Questionnaire, A Retrospective Self-report: Manual. NCS Pearson; San Antonio, TX, USA: 1998.
- Brailean A, Curtis J, Davis K, Dregan A, Hotopf M. Characteristics, comorbidities, and correlates of atypical depression: evidence from the UK Biobank Mental Health Survey. *Psychol Med.* 2020;50(7):1129-1138. doi:10.1017/S0033291719001004
- Bush DE, Ziegelstein RC, Patel UV, Thombs BD, Ford DE, Fauerbach JA, McCann UD, Stewart KJ, Tsilidis KK, Patel AL, Feuerstein CJ, Bass EB. Post-myocardial infarction depression. *Evid Rep Technol Assess (Summ).* 2005 May;(123):1-8.
- Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med J Aust.* 2009;190(S7):S54-S60. doi:10.5694/j.1326-5377.2009.tb02471.x
- Chang, C.K., Hayes, R.D., Broadbent, M., Fernandes, A.C., Lee, W., Hotopf, M., Stewart, R., 2010. All-cause mortality among people with serious mental illness (SMI), substance use disorders, and depressive disorders in southeast London: A cohort study. *BMC Psychiatry.* 2010 Sep 30;10:77. doi: 10.1186/1471-244X-10-77
- Coello K., Kjørstad H. L., Stanislaus S. Thirty-year cardiovascular risk score in patients with newly diagnosed bipolar disorder and their unaffected first-degree relatives // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* 2018. .doi:10.1177/0004867418815987.
- Evans DL, Charney DS, Lewis L, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry* 2005; 58: 175-189. AND Knol MJ, Twisk JWR, Beekman ATF, et al. Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia* 2006; 49: 837-845.
- Gold DT, Solimeo S. Osteoporosis and depression: a historical perspective. *Curr Osteoporos Rep* 2006; 4: 134-139
- Gürhan N, Beşer NG, Polat Ü, Koç M. Suicide Risk and Depression in Individuals with Chronic Illness. *Community Ment Health J.* 2019;55(5):840-848. doi:10.1007/s10597-019-00388-7
- Hegeman JM, van Fenema EM, Comijs HC, Kok RM, van der Mast RC, de Waal MWM. Effect of chronic somatic diseases on the course of late-life depression. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2017 Jul;32(7):779-787. doi: 10.1002/gps.4523. Epub 2016 Jun 7. PMID: 27273023
- Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci.* 2011;13(1):7-23. doi:10.31887/DCNS.2011.13.1/wkaton
- Kennedy GJ, Kelman HR, Thomas C. Persistence and remission of depressive symptoms in late life. *Am J Psychiatry.* 1991;148(2):174-178. doi:10.1176/ajp.148.2.174
- Khandaker GM, Zuber V, Rees JMB, Carvalho L, Mason AM, Foley CN, Gkatzionis A, Jones PB, Burgess S. Shared mechanisms between coronary heart disease and depression: findings from a large UK general population-based cohort. *Mol Psychiatry.* 2020 Jul;25(7):1477-1486. doi: 10.1038/s41380-019-0395-3.
- Kim YH, Jung KI, Song CH. Men With Both Diabetes and a Family History of Diabetes Were Associated With Depressed Mood in Korean Adults. *Am J Mens Health.* 2023 May-Jun;17(3):15579883231180982. doi: 10.1177/15579883231180982
- Lamers F, Milaneschi Y, de Jonge P, Giltay EJ, Penninx BWJH. Metabolic and inflammatory markers: associations with individual depressive symptoms. *Psychol Med.* 2018;48(7):1102-1110. doi:10.1017/S0033291717002483
- Luber, M., Williams-Russo, P., DiDomenico, T.N., Meyers, B.S., Alexopoulos, G.S., Charlson, M.E., 2000. Diagnosis, treatment, comorbidity and resource utilization of depressed patients in a general medical practice. *Int. J. Psychiatry Med.* 30, 1-13
- Ma Y, Xiang Q, Yan C, Liao H, Wang J. Relationship between chronic diseases and depression: the mediating effect of pain. *BMC Psychiatry.* 2021;21(1):436. Published 2021 Sep 6. doi:10.1186/s12888-021-03428-3
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., Ustun, B., 2007. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 370, 851-858.
- Posner K, Brown GK, Stanley B, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry.* 2011;168(12):1266-1277. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10111704
- Read JR, Sharpe L, Modini M, Dear BF. Multimorbidity and depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017;221:36-46. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.009.
- Rukavishnikov GV, Rakitko AS, Kasyanov ED, Ilinsky VV, Malysheko LV, Neznanov NG, Kibitov AO, Mazo GE. Association of depression and anxiety with somatic diseases: negative lifestyle factors impact. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova.* 2023;123(4. Vyp. 2):74-80. Russian. doi: 10.17116/jnevro202312304274.
- Snaith RP, Hamilton M, Morley S, Humayan A, Hargreaves D, Trigwell P. A scale for the assessment of hedonic tone the Snaith-Hamilton Pleasure Scale. *Br J Psychiatry.* 1995;167(1):99-103. doi:10.1192/bjp.167.1.99

30. Toma S., Fiksenbaum L., Omrin D., Goldstein B.I. Elevated Familial Cardiovascular Burden Among Adolescents With Familial Bipolar Disorder // *Front. Psychiatry*. 2019. V. 10. P. 8. doi: 10.3389/fpsy.2019.00008
31. Topic R, Milicic D, Stimac Z, et al. Somatic comorbidity, metabolic syndrome, cardiovascular risk, and CRP in patients with recurrent depressive disorders. *Croat Med J*. 2013;54(5):453-459. doi:10.3325/cmj.2013.54.453
32. van Dixhoorn J, White A. Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: a systematic review and metaanalysis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2005; 12: 193-202.
33. Walker AJ, Kim Y, Price JB, Kale RP, McGillivray JA, Berk M, Tye SJ. Stress, Inflammation, and Cellular Vulnerability during Early Stages of Affective Disorders: Biomarker Strategies and Opportunities for Prevention and Intervention. *Front Psychiatry*. 2014 Apr 9;5:34. doi: 10.3389/fpsy.2014.00034

Информация об авторах

Касьянов Евгений Дмитриевич, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения социальной нейropsychиатрии, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4658-2195>, e-mail: i@kasyan.ru

Яковлева Яна Викторовна, аспирант отделения социальной нейropsychиатрии, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2526-0530>, e-mail: yana_kov97@bekhterev.org

Рукавишников Григорий Викторович, кандидат медицинских наук, руководитель отделения социальной нейropsychиатрии, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5282-2036>, e-mail: grigory_v_r@mail.ru

Мальшико Лариса Владимировна, младший научный сотрудник научно-организационного отделения ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5470-4359>, e-mail: lora5497@yandex.ru

Незнанов Николай Григорьевич, д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, Россия, Санкт-Петербург, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5618-4206>, e-mail: nezn@bekhterev.ru

Кибитов Александр Олегович, д.м.н., руководитель отделения геномики психических расстройств ФГБУ «Национальный медицинский исследо-

вательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8771-625X>, e-mail: druggen@mail.ru

Мазо Галина Элевна, доктор медицинских наук, заместитель директора по инновационному научному развитию, главный научный сотрудник и научный руководитель отделения трансляционной психиатрии, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7036-5927>, e-mail: galina-mazo@yandex.ru

Information about the authors

Evgeny D. Kasyanov – M.D., PhD, Senior Researcher of The Social Neuropsychiatry Department, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4658-2195>, e-mail: i@kasyan.ru

Yakovleva Yana Viktorovna, Post-graduate student of the Department of Social Neuropsychiatry, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russian Federation,

ORCID <https://orcid.org/0000-0003-2526-0530>,

e-mail: yana_kov97@bekhterev.org

Grigory V. Rukavishnikov, M.D., Ph.D., Head of the The Social Neuropsychiatry Department, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5282-2036>, e-mail: grigory_v_r@mail.ru

Malyshko Larisa Vladimirovna, Junior Researcher, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5470-4359>, e-mail: lora5497@yandex.ru

Neznanov Nikolay Grigorievich, M.D., Ph.D., Director, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5618-4206>, e-mail: nezn@bekhterev.ru

Kibitov Alexander Olegovich, M.D., Ph.D., Head of the Department of Genomics of Mental Disorders, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia,

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8771-625X>, e-mail: druggen@mail.ru

Galina E. Mazo, M.D., Ph.D., Dr. Med. Sc., Deputy Director for Innovative Scientific Development, Chief Researcher and Head of the Translational Psychiatry Institute, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7036-5927>, e-mail: galina-mazo@yandex.ru

Психосоциальные аспекты антисуицидальных мотивов у подростков

Е.В. Булычева¹✉, Р.И. Антохина¹, А.В. Васильева^{2,3}, Е.Ю. Антохин¹, А.С. Калмыкова¹

¹ Оренбургский государственный медицинский университет Минздрава РФ, г. Оренбург, Российская Федерация

² Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

³ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава РФ, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

✉e-mail: e.v.bulycheva@orgma.ru

Резюме

Статья посвящена исследованию психосоциальных факторов антисуицидальных мотивов среди подростков и установлению социальных факторов риска и защиты формирования аддиктивных форм поведения. На фоне стабильно высокого уровня суицида и суицидальных попыток среди подростков увеличивается запрос на анализ социальных факторов, связанных с эффективной профилактикой формирования желания у подростков совершить суицид. Крайне важным является выявление универсальных социальных факторов, способствующих преодолению негативных переживаний в подростковом возрасте. В работе изучались антисуицидальные мотивы, факторы риска и защиты формирования аддиктивных форм поведения. Устанавливалась связь между социальными факторами антисуицидального поведения и общим уровнем суицидального риска. Наличие и характер взаимосвязи проверялись через корреляционный анализ. Установлено, что существует взаимосвязь между суицидальными рисками подростков и выраженностью антисуицидальных мотивов, связанных с социальным окружением. Ведущими социальными факторами, способствующими снижению суицидального риска, а также способствующими преодолению критических ситуаций, предшествующих суициду, является семья. Важными этиологическими факторами выхода из негативных ситуаций и преодоления эмоционального неблагополучия для 88,9% подростков являются поиск поддержки и повышение самооценки, и в сочетании с установленным фактом о том, что для 46,9–65,4% подростков фактором защиты от девиантного поведения является школа и семья, становится очевидной роль этих социальных институтов в профилактике. Подростки с несуйцидальным самоповреждением в прошлом имеют больше негативного детского опыта, в отличие от здоровых подростков (4,13 (среднее значение) ± 2,17 (стандартное отклонение) и 0,4±0,8 соответственно, при $p=0,00$). Здоровые подростки выигрывают больше денег, нежели подростки с НС (15025,83±2453,94 и 11346,60±2802,14 соответственно, при $p=0,00$), что характеризует принятие решения первых как более эффективное. Именно неблагополучные детско-родительские отношения, условия воспитания, а также особенности принятия решений могут являться предикторами НС у подростков, увеличивая их суицидальный риск в будущем.

Ключевые слова: суицидальное поведение, подростки, социальное окружение, психосоциальные антисуицидальные мотивы, несуйцидальное самоповреждение, аутоагрессивное поведение, неблагоприятный детский опыт, интерперсональная теория суицидов, принятие решений.

Для цитирования: Е.В. Булычева, Р.И. Антохина, А.В. Васильева, Е.Ю. Антохин, А.С. Калмыкова. Психосоциальные аспекты антисуицидальных мотивов у подростков. Психиатрия и психофармакотерапия. 2023; 6: 11–23.

Код УДК- 616.89

Psychosocial aspects of antisuicidal motives in adolescents

E.V. Bulycheva, A.V. Vasilyeva, E.Yu. Antokhin, R.I. Antokhina, A.S. Kalmykova

¹ Orenburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Russia, Orenburg

² V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation

³ I.I. Mechnikov Northwestern State Medical University" Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia

✉e-mail: e.v.bulycheva@orgma.ru

Abstract

Currently, there's a substantial amount of data confirming common pathophysiological and environmental risk factors for depression and chronic somatic diseases. This study aims to conduct an exploratory analysis of the relationship between depression and cardiovascular and endocrine diseases (CVD and ED) among patients experiencing a depressive episode or recurrent depressive disorder (DE/RDD) and participants without any mental disorders. All study participants fall within the 35-69 age range. The study revealed that the frequency of chronic somatic diseases in patients with DE/RDD is 28.3%, showing no significant difference from the group without mental disorders. However, those with DE/RDD and chronic somatic diseases exhibit a significantly higher lifetime prevalence of DE compared to patients without CVD and ED. Furthermore, an atypical symptom like increased appetite is significantly more common among patients with chronic somatic diseases. No connection was found between family history of CVD and ED with studied chronic somatic diseases in patients with DE/RDD. Meanwhile, family history of CVD and type 2 diabetes mellitus, but not thyroid gland issues, was generally more common in the comparison group than in patients with DE/RDD. One major limitation of this study is the lack of objective verification for CVD and ED, as well as the absence of control over confounding factors in the study participants. Future research should prioritize more objective methods for confirming diagnoses and family history, while also delving into the general pathophysiological mechanisms of DE/RDD and chronic somatic diseases.

Keywords: depressive episode, recurrent depressive disorder, cardiovascular diseases, comorbidity, psychosomatics.

For citation: E.V. Bulycheva, A.V. Vasilyeva, E.Yu. Antokhin, R.I. Antokhina, A.S. Kalmykova. Psychosocial aspects of antisuicidal motives in adolescents. Psychiatry and psychopharmacotherapy. 2023; 6: 11–23.

Введение

Несмотря на имеющиеся в современной психологической науке и практике научные обзоры, труды, концепции и подходы к пониманию феноменологии суицидального поведения в мире подростков, данная проблема остается актуальной и на сегодняшний день. Социологические исследования широко освещают статистические данные завершенных случаев суицида. Осуществляется регистра-

ция незавершенных попыток, приносящих личности глубокую психологическую травму. В связи с этим психологическое профессиональное сообщество, ориентируясь на формирование социально и психологически здоровой личности, призвано обращать особое внимание на вопросы профилактики и предупреждения аутоагрессивного поведения в подростковой среде, что является залогом гармоничных общественно-исторических условий челове-

ческого сосуществования [8]. Тем не менее на практике подростки довольно часто остаются вне поля зрения квалифицированных психиатрических служб, без возможности проработки причин, приведших к суицидальной попытке, поскольку, совершая ее, получают лишь неотложную помощь, а их близкие замалчивают о случившемся с целью недопущения «социальных рисков» [16]. Закономерным является пристальный интерес специалистов в области психического здоровья к этой проблеме и ее активное научное исследование. Важную роль при самоповреждении и самоубийстве играют генетическая уязвимость, а также психиатрические, психологические, семейные, социальные и культурные факторы [37, 20].

Проблема исследования

Существуют экспериментальные свидетельства в пользу возможного влияния целого ряда факторов жизнедеятельности, которые уже с раннего детства повышают риск формирования как суицидальных мыслей, так и суицидального поведения в целом, формируя уже в подростковом возрасте устойчивый стереотип по его осуществлению [45]. Учитывая все многообразие факторов, влияющих на формирование суицидального поведения, становится очевидной необходимость их детализации во всех сферах, где они имеются, особенно в психосоциальной сфере, которая является важной составляющей в формировании личности подростка. Таким образом, можно сформулировать проблему психосоциальных аспектов антисуицидальных мотивов у подростков. Большое число исследований свидетельствует о том, что детские травмы и неблагоприятные переживания могут приводить к различным негативным последствиям для здоровья, включая злоупотребление ПАВ, депрессивные расстройства и попытки самоубийства среди подростков [9]. Создатель когнитивно-поведенческой терапии А.Т. Бек [27, 15] связывает чрезмерные негативные эмоции и самоповреждающее поведение с особенностями мышления, которые проявляются в глубинных убеждениях о себе, других и будущем, формирующихся на основе раннего опыта отношений со значимыми другими, а также в специфическом дихотомическом поляризованном мышлении и когнитивной ригидности. Вследствие этого в ситуации стресса подростки не представляют альтернативных способов решения трудностей.

Долгое время исследование особенностей мышления проводилось с использованием опросников самоотчета, имеющих ограниченную информативность [40]. Игровая задача Айова-тест дает возможность оценить процесс формирования предпочтений, выбора исполнительных действий и оценки результатов в условиях неопределенности. В настоящее время имеются многочисленные зарубежные исследования, указывающие на нарушения процесса принятия решения у лиц с суицидальным поведением разных возрастных групп, обусловленные как эмоциональным дисбалансом, так и нейропсихологическими особенностями суицидентов. Выявление схожих стратегий принятия решения у подростков с самоповреждающим поведением может способствовать выявлению группы суицидального риска [38]. Наиболее информативным общепризнанным предиктором суицида на сегодняшний

день является наличие суицидальных попыток в анамнезе, когда страх перед суицидными действиями пациентом по сути уже преодолен, что определяет повышенную вероятность завершения суицида [39]. Поэтому актуальной научно-практической задачей является выделение факторов риска суицидального поведения и разработка персонализированных превентивных программ для уязвимых групп для ранних интервенций до преодоления пациентами страха перед суицидальными действиями. Значимым является определение особенностей раннего неблагоприятного опыта, влияющего на интерперсональное взаимодействие, и выделение мишеней для его коррекции.

Процедура и методика исследования

В исследовании приняли участие учащиеся трех городских школ г. Оренбурга. В рамках верификации профилактических программ, направленных на предотвращение суицидального поведения среди детей и подростков, исследовался суицидальный риск во взаимосвязи с их полом и возрастом. Данные собраны в течение марта–декабря 2023 года. Исследование одобрено Этическим комитетом ОрГМУ. Тестирование проводилось в компьютерном виде в учебное время под контролем школьного психолога, классного руководителя и социального педагога. Участие в тестировании было добровольным, законные представители учащихся (родители) предварительно давали информированное согласие.

Исследование проведено в три этапа. Первый этап заключался в формировании однородной репрезентативной выборки. Второй этап – в проведении психологической диагностики отобранных подростков. Третий этап – в статистической обработке и интерпретации полученных данных.

Выборка

Выборку составили учащиеся 10-х ($n=680$) и 11-х ($n=478$) классов, которым на момент исследования исполнилось полных 15, 16 и 17 лет ($M=16,25$; $SD=0,809$). Среди всех 1158 подростков, законные представители которых дали информированное согласие на участие в исследовании, на предмет формирования однородной группы проведен отбор по ряду критериев. Критерии включения: уровень дохода семьи не менее прожиточного уровня, полная семья, обучение в общеобразовательной организации с первого класса и проживание на территории Оренбургской области с момента рождения в г. Оренбурге; критерии исключения: подростки, имеющие официальные диагнозы по МКБ-10, связанные с расстройствами поведения; хронические психические и соматические заболевания, неполная семья, многодетная семья (более 3 детей в семье), зарегистрированные инциденты аддиктивных форм поведения. В итоге среди 1158 подростков было отобрано для 1-го этапа исследования 843 человека. В сформированной выборке по вышеуказанным критериям подростков в возрасте 15 лет составило 292 человека, 16 лет – 278 человек и 17 лет – 273 человека. 34,8% юношей ($n=293$) и 65,2% девушек ($n=550$).

Для второго этапа исследования клинико- и экспериментально-психологическими методами на базе амбулаторного и стационарного отделения психиатрической

больницы исследовано 36 подростков от 14 до 17 лет с аутоагрессивным поведением. Критерии включения пациентов: наличие информированного согласия; дееспособные девочки и мальчики в возрасте от 14 до 17 лет, свободно владеющие русским языком; наличие несуицидального самоповреждения в анамнезе с отсутствием суицидального намерения, с кожными повреждениями, полученными путем нанесения себе ударов, порезов, укусов, расчесываний, ожогов, выдергивания волос. Критерии исключения пациентов: возраст менее 14 лет и более 17 лет; наличие психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением ПАВ (F10-19), шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств (F20-29), умственной отсталости (F70-79); прием транквилизаторов, антихолинергических или снотворных препаратов менее чем за 3 дня до проведения обследования; отсутствие информированного согласия.

На втором этапе с использованием Колумбийской шкалы оценки тяжести суицидальности и клинического интервью отобраны 30 человек с НС (с отсутствием суицидального намерения, с кожными повреждениями, полученными путем нанесения себе ударов, порезов, укусов, расчесываний, ожогов, выдергивания волос), которые вошли в основную группу (возраст от 14 до 17 лет, средний возраст 16,1 года, среди них 6 мальчиков и 24 девочки). Таким образом была сформирована гомогенная группа пациентов с НС. Вошедшие в основную группу подростки сообщили, что совершают преднамеренные НС более 2 лет. В большинстве случаев (70%) объектом самоповреждения являлись руки, в 25% – бедра и в 5% – живот. Подростки отрицали наличие намерений умереть в момент самоповреждения, однако, по Колумбийской шкале и данным интервью, мысли и фантазии на тему смерти в это время присутствовали, что в рамках интерперсональной теории суицидов не включается в причины самоубийств.

Также на базе средней образовательной школы исследовано 36 человек (в возрасте от 14 до 17 лет, средний возраст 15,9 года, среди них 13 мальчиков и 23 девочки). После проведения клинического интервью и оценки по С-SSRS из группы были исключены 4 человека, у которых были выявлены эпизодические суицидные мысли, еще 2 человека не смогли принять участие в исследовании по личным причинам. В итоге было отобрано 30 респондентов, которые составили группу сравнения: здоровые подростки, у которых по результатам клинического интервью, физикального осмотра и тестирования не выявлено ни суицидального поведения, ни несуицидального самоповреждения.

Подростки двух групп свободно владели русским языком, они / их родители / опекуны дали добровольное согласие на исследование. Из исследования исключались лица с психической патологией, подпадающей под следующие диагностические рубрики МКБ-10: психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ (F10-19), шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-29), умственная отсталость (F70-79). Также исключались лица, принимавшие транквилизаторы, антихолинергические или снотворные препараты менее чем за 3 дня до проведения обследования. Клиническая оценка всех исследуемых проводилась при

поступлении, экспериментально-психологическая – после достижения эутимии (с 7 по 10 день госпитализации, в среднем на 8,1 день).

Оборудование

Первый этап исследования проводился на ноутбуках в общеобразовательных организациях, с установленной на них сетевой версией методики «Сигнал», позволяющей провести экспресс-диагностику суицидального риска и определить антисуицидальные мотивы. Суть методики заключается в регистрации времени реакции на дополнительный звуковой стимул при решении испытуемым задач по выявлению грамматических ошибок в предложениях с нейтральным и суицидальным содержанием. Методика «Сигнал» реализована в виде полностью компьютерной программы, обеспечивающей все этапы работы (тестирование, обработка и интерпретация результатов, краткое заключение). Итогом тестирования является показатель суицидального риска (ПСР), на основании которого можно делать выводы о рисках, связанных с суицидальными тенденциями, или их отсутствии. Тестирование занимает буквально 7-10 минут и не предъявляет высоких требований к уровню образования и интеллектуального развития обследуемых, за исключением, пожалуй, автоматизированного навыка чтения. Основанная на учете объективных показателей (время простой сенсомоторной реакции), методика «Сигнал» позволяет делать надежный прогноз возможности истинного суицидального поведения, отличать склонных к суициду испытуемых от лиц с самоповреждающим и демонстративно-шантажным поведением.

- Социальные факторы риска развития аддиктивных форм поведения и факторы защиты, препятствующие формированию аддикции, изучены по методике Л.М. Шипицыной (1999) «Изучение факторов риска и защиты». Оценка способов и стратегий, направленных на преодоление подростками негативных ситуаций, проведена по методике модифицированной С.С. Гончаровой версии Бернского опросника «Способы преодоления критических ситуаций». Анкетирование проводилось на распечатанном стимульном материале в учебное время под контролем школьного психолога.

- При проведении исследований второго этапа использовались клинический (клинико-анамнестический), экспериментальный психологический методы.

Клинический, включающий клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, проводился с помощью полуструктурированного интервью и дополнительного сбора объективного анамнеза. Также проводились физикальное обследование для оценки проявлений НС и оценка испытуемых по Колумбийской шкале серьезности суицидальных намерений (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS) – для оценки тяжести суицида и суицидального риска. Шкала зарекомендовала себя как валидный инструмент для оценки суицидального поведения в динамике, включая ретроспективную оценку прежних эпизодов, и активно применяется в том числе в доказательных исследованиях по оценке эффективности антидепрессантов [23].

Экспериментально-психологический метод включал обследование пациентов следующими методиками:

1) Опросник неблагоприятного детского опыта (НДО) [2, 34, 48]. В данной работе мы использовали модификацию методики, состоящей из 10 вопросов и представленной в виде самоотчета. Опросник включает в себя две группы вопросов: а) вопросы, направленные на оценку опыта переживания насилия и пренебрежения; б) вопросы, направленные на оценку нарушения семейных условий. Тематически вопросы подразделяются на 10 категорий: психологическое, физическое, сексуальное насилие, эмоциональное пренебрежение, физическое пренебрежение, развод родителей, наблюдение физического насилия по отношению к матери, алкоголизм и/или наркозависимость в семье, психические заболевания в семье, тюремное заключение членов семьи. Если респондент положительно ответил хотя бы на один вопрос из категории, делается вывод о наличии у него данного вида негативного опыта. При анализе данных, полученных с помощью этого опросника, можно рассматривать как общий балл (от 0 до 1 балла рассматриваются как проявление нормы), так и наличие/отсутствие негативного детского опыта по каждой из 10 категорий.

2) Игровая задача Айова «Iowa Gambling Task» (IGT) [7, 6, 26, 30]. Тест зарекомендовал себя как инструмент для моделирования решения прогностических задач в ситуации неопределенности и активно используется в том числе для проведения профессионального отбора для контингентов, работающих в условиях стресса [7]. В ситуации неопределенности необходима прогностическая активность человека, что находит отражение в особенностях его индивидуальных стратегий [30]. Выполнение Айова-теста позволяет судить об эмоциональной регуляции в выборах, принятии решений, что соответствует гипотезе «соматических маркеров» А. Damasio [26]. В процессе прохождения Айова-теста респондент совершает 100 выборов карт из колод, которые при интерпретации результатов разбиваются на 5 этапов (первый этап соответствует первым 20 выборам, второй этап – 21-40 выборы, третий этап – 41-60 выборы, четвертый этап – 61-80 выборы, пятый этап – 81-100 выборы). Каждый выбор в игре рассматривается как «выигрыш» или «проигрыш» игровых долларов. Частый выбор карт из «плохих» колод (А и В), обеспечивающих большой сиюминутный выигрыш, приводит в результате к большому убытку. Частый выбор карт из «хороших» колод (С и D), обеспечивающих наименьший выигрыш, приводит в результате к меньшему убытку, но в итоге дает возможность получить высокий результат [26]. На протяжении первого этапа испытуемый активнее исследует, изучает игровое пространство. Начиная со 2 этапа и заканчивая 4 этапом, индивид апробирует различные игровые стратегии выбора. И уже на заключительном, пятом этапе игрок реализует лучший выбор из всех возможных, что ассоциируется с наименьшей неопределенностью и прогнозируемым риском [30]. Частая смена колод рассматривается как хаотичность действий; редкая смена колод – как отсутствие хаотичности в выборе. Если испытуемый отдает предпочтение «хорошим» колодам с малым выигрышем, то такая стратегия рассматривается как осторожная, однако если респондент предпочитает «плохие» колоды, но с редким большим выигрышем, – как наименее рациональная и наиболее рискованная стратегия. При

анализе результатов акцент делается на полученной прибыли, количестве выборов выигрышных колод, а также количестве смены колод как на каждом этапе, так и за всю игру [6]. Нормальные значения по прибыли: 1 этап – от 2352,32\$ до 3227,68\$; 2 этап – от 2196,38\$ до 3463,62\$; 3 этап – от 2137,79\$ до 3492,21\$; 4 этап – от 2469,55\$ до 3932,11\$; 5 этап – от 2706,64\$ до 4073,36\$; общий результат – от 12571,89\$ до 17479,77\$. Нормальные значения по выбору выигрышных колод: 1 этап – от 7 до 14; 2 этап – от 11 до 17; 3 этап – от 12 до 19; 4 этап – от 15 до 19; 5 этап – от 15 до 19; общий результат – от 70 до 81. Нормальные значения смены колод: 1 этап – от 7 до 16; 2 этап – от 9 до 16; 3 этап – от 8 до 17; 4 этап – от 6 до 16; 5 этап – от 6 до 15; общий результат – от 47 до 74.

Описательная статистика проводилась с помощью статистического пакета SPSS 20.0. Оценка на нормальность распределения признака в динамических рядах проводилась с помощью критерия Колмогорова–Смирнова, так как в исследуемых группах подростков с учетом пола и возраста было $n > 50$. Так как распределение было нормальным, то при описании количественных признаков выраженности антисуицидальных мотивов, факторов преодоления негативных ситуаций, а также факторов защиты от аддиктивных форм поведения приводилось в виде указания среднего значения (М) и стандартной ошибки (m). Для сравнения полученных данных использовался t-критерий Стьюдента. Оценка статистической значимости различий показателей проводилась путем сравнения рассчитанного значения t-критерия с критическим значением или определения уровня значимости p. Для оценки связи между исследуемыми факторными и результирующими показателями рассчитывался коэффициент корреляции rху Пирсона. Исходя из полученного значения rху определялись теснота связи по шкале Чеддока и ее направление (прямая или обратная), а также коэффициент детерминации r2 и средняя ошибка аппроксимации, %.

Результаты

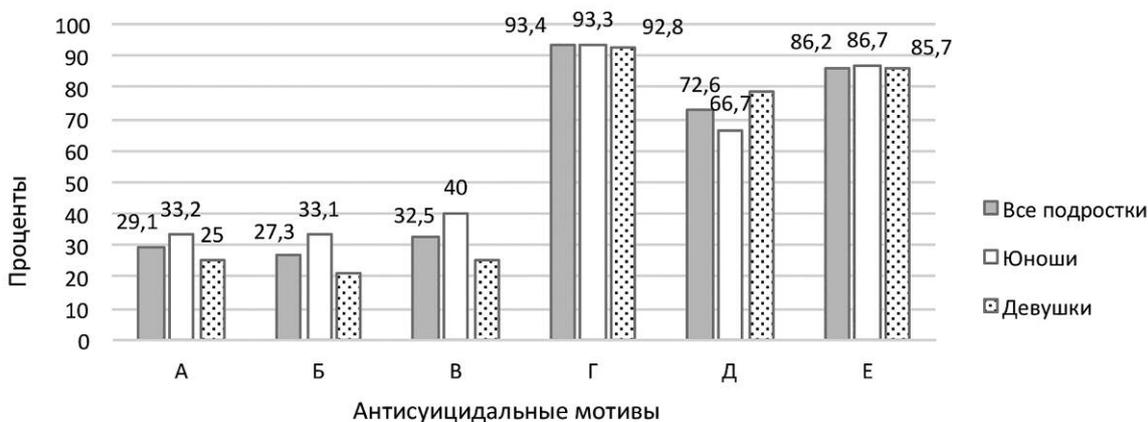
У подростков среди социальных факторов максимальная выраженность установлена по антисуицидальному мотиву «Ответственность перед семьей» ($4,6 \pm 0,30$ балла) и «Мотивы, связанные с младшими членами семьи» ($4,4 \pm 0,33$ балла), а минимальные значения – по антисуицидальному мотиву «Опасения социального неодобрения» ($3,1 \pm 0,31$ балла). При сравнении выраженности антисуицидальных мотивов юношей и девушек выраженность показателей была практически одинаковой и не имела достоверных различий (Табл. 1). Однако среди юношей, чем среди девушек, наблюдалось больше лиц с низкой относительно нормы выраженностью антисуицидального мотива «Выживание и умение справляться с ситуацией» на 8,2%; «Ответственность перед семьей» – на 11,7%; «Мотивы, связанные с младшими членами семьи» – на 15,0% (Рис. 1). Среди девушек на 11,8% было больше лиц, имеющих ниже нормы выраженность такого антисуицидального мотива, как «Опасения социального неодобрения», чем среди юношей.

С возрастом от 15 до 17 лет достоверного изменения выраженности антисуицидальных мотивов не наблюдалось, тогда как отмечалась тенденция снижения выраженности

Таблица 1. Описательные статистики выраженности антисуицидальных мотивов у подростков (баллы, M±m)

Антисуицидальный мотив	Все обследуемые	Юноши	Девушки	t-критерий Стьюдента	p
Выживание и умение справляться с ситуацией	4,5±0,24	4,4±0,29	4,6±0,19	0,58	0,567
Ответственность перед семьей	4,6±0,30	4,5±0,39	4,7±0,21	0,45	0,654
Мотивы, связанные с младшими членами семьи	4,4±0,33	4,5±0,38	4,3±0,28	0,42	0,674
Опасения относительно совершения самоубийства	2,6±0,23	2,5±0,25	2,7±0,22	0,60	0,551
Опасения социального неодобрения	3,1±0,31	3,1±0,35	3,0±0,27	0,23	0,822
Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки	3,3±0,22	3,7±0,25	2,8±0,26	2,5	0,017

Рис. 1. Удельный вес подростков, имеющих ниже нормы выраженность антисуицидальных мотивов (%)



*p≤0,05 при сравнении данных юношей и девушек

Примечание: А – Выживание и умение справляться с ситуацией; Б – Ответственность перед семьей; В – Мотивы, связанные с младшими членами семьи; Г – Опасения относительно совершения самоубийства; Д – Опасения социального неодобрения; Е – Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки.

Таблица 2. Описательные статистики выраженности антисуицидальных мотивов у подростков с учетом возраста (баллы, M±m)

Антисуицидальный мотив	15 лет	16 лет	t-критерий Стьюдента	p	17 лет	t-критерий Стьюдента	p
Выживание и умение справляться с ситуацией	4,7±0,27	4,5±0,26	0,53	0,599	4,3±0,25	1,09	0,286
Ответственность перед семьей	4,5±0,24	4,4±0,40	0,21	0,832	4,7±0,26	0,57	0,576
Мотивы, связанные с младшими членами семьи	4,7±0,22	4,7±0,45	0,00	1,000	4,1±0,35	1,45	0,158
Опасения относительно совершения самоубийства	2,8±0,31	2,4±0,29	0,94	0,357	2,4±0,23	1,04	0,308
Опасения социального неодобрения	3,3±0,43	2,7±0,36	1,07	0,298	3,1±0,32	0,37	0,712
Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки	3,4±0,35	2,5±0,42	1,65	0,115	2,9±0,29	1,10	0,281

таких антисуицидальных мотивов, как «Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки» на 14,7%; «Опасения относительно совершения самоубийства» на 14,3%; «Мотивы, связанные с младшими членами семьи» на 12,8%; «Выживание и умение справляться с ситуацией» на 8,5%; «Опасения социального неодобрения» на 6,1% (Табл. 2). И лишь один антисуицидальный мотив – это «Выживание и умение справляться с ситуацией» – у подростков от 15 к 17 годам имел тенденцию к увеличению на 14,7%.

Установлено, что выраженность суицидального риска имеет сильную прямую достоверную корреляционную связь с исследуемыми антисуицидальными мотивами, при этом изменение выраженности мотивов определяло у

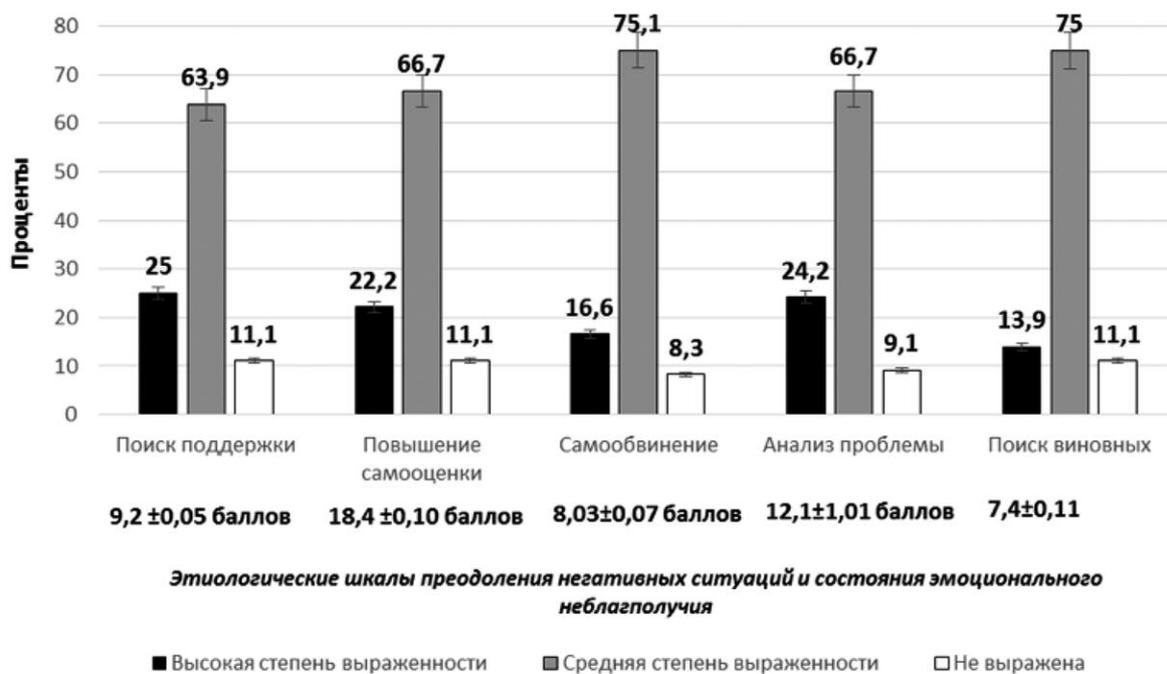
57,2-71,6% подростков изменение и выраженности суицидального риска (Табл. 3). При этом максимально сильную связь с выраженностью суицидального риска имели такие антисуицидальные мотивы, как «Мотивы, связанные с младшими членами семьи» ($r=0,846$; $f=41$; t -критерий Стьюдента=0,716, $r^2=0,716$); «Ответственность перед семьей» ($r=0,814$; $f=41$; t -критерий Стьюдента=8,976, $r^2=0,663$) и «Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки» ($r=0,808$; $f=41$; t -критерий Стьюдента=8,773, $r^2=0,652$).

Ведущим фактором преодоления негативных ситуаций и эмоционального неблагополучия у учащихся подросткового возраста являлось повышение самооценки, средние значения которого составили 18,4±1,87 балла (Рис. 2). При

Таблица 3. Описательные статистики и корреляции между показателями антисуицидальных мотивов и выраженностью суицидального риска

Антисуицидальный мотив	Коэффициент корреляции (r)	Сила связи по шкале Чеддока	Число степеней свободы (f)	t-критерий Стьюдента	Коэффициент детерминации r ²	Средняя ошибка аппроксимации, %
Выживание и умение справляться с ситуацией	0,756	высокая	41	7,403 достоверная	0,572	15,7
Ответственность перед семьей	0,814	высокая	41	8,976 достоверная	0,663	13,0
Мотивы, связанные с младшими членами семьи	0,846	высокая	41	10,169 достоверная	0,716	11,3
Опасения относительно совершения самоубийства	0,776	высокая	41	7,888 достоверная	0,603	16,4
Опасения социального неодобрения	0,775	высокая	41	7,875	0,602	16,2
Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки	0,808	высокая	41	8,773	0,652	15,1

Рис. 2. Распределение учащихся в зависимости от выраженности этиологических показателей преодоления негативных ситуаций и состояния эмоционального неблагополучия



этом при преодолении негативных ситуаций и негативных эмоциональных состояний у каждого четвертого учащегося определена высокая степень выраженности поиска поддержки (25%), анализа проблем (24,2%) и повышения самооценки (22,2%).

Показано, что ведущими факторами защиты от аддиктивных форм поведения являются семья (65,4±4,69 балла) и социально-бытовое окружение (61,6±5,11 балла); а ведущими факторами риска – индивидуальные особенности учащегося (15,8±3,09 балла) и семья (15,7±3,31 балла).

На первом этапе исследования мы изучали роль социальных факторов, а именно социального окружения, его роли в суицидальном поведении подростков. В настоящее время существует целый ряд факторов жизнедеятельности, которые уже с раннего детства повышают риск формирования как суицидальных мыслей, так и суицидально-

го поведения в целом, формируя уже в подростковом возрасте устойчивый стереотип по его осуществлению [45]. На протяжении последних десятилетий отмечается стойкая тенденция омоложения суицидов [21]. Многие исследователи связывают эту неблагоприятную тенденцию с существующей информационной безопасностью. Как отмечают исследователи, в настоящее время с огромной скоростью возрастает количество киберугроз для несовершеннолетних [22, 13, 4, 11, 42].

Отягощает сложившуюся ситуацию, связанную с высоким уровнем суицида в подростковой среде, и тот факт, что акты умышленного самоповреждения у детей и подростков чаще, чем у взрослых, носят импульсивный характер и во многих случаях не сопровождаются желанием уйти из жизни [21]. Это объясняется особенностью подростковой психики, которая характеризуется стремитель-

Рис. 3. Показатели выраженности факторов риска и защиты формирования аддитивных форм поведения

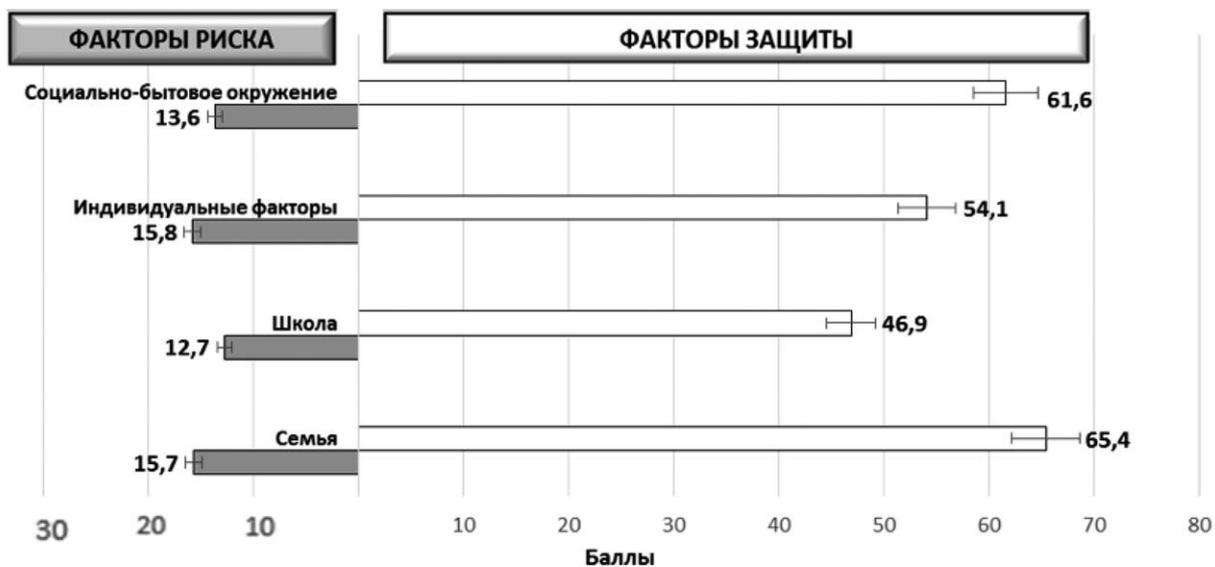


Таблица 4. Особенности НС у подростков основной группы

Наличие самоповреждения				Отсутствие самоповреждения			
30 ч. - 100%				0			
Способ совершения НС							
Только порезы	Порезы и ожоги	Порезы и голодание	Порезы и расчесывания/раздирания кожи	Порезы и удары	Порезы и укусы	Порезы и выдергивание волос	Разное
3 ч. 10%	3 ч. 10%	3 ч. 10%	4 ч. 13,33%	5 ч. 16,67%	5 ч. 16,67%	3 ч. 10%	4 ч. 13,33%
Место совершения НС							
Личная комната		Кухня		Ванная		Вне дома	В разных местах
13 ч. - 43,33%		3 ч. - 10%		4 ч. - 13,33%		3 ч. - 10%	7 ч. - 23,34%
Наличие кого-то рядом в момент совершения НС							
Нет		Да			Обычно я один, но иногда кто-нибудь есть рядом		
4 ч. - 13,33%		17 ч. - 56,67%			9 ч. - 30%		
Количество НС							
Один раз		Два-три раза			Много раз (более 4)		
2 ч. 6,67%		3 ч. 10%			25 ч. 83,33%		
Состояние во время совершения НС							
Грусть		Злость	Тревога	Паника	Стресс	Алкогольное опьянение	
12 ч. 40%		6 ч. 20%	5 ч. 16,66%	2 ч. 6,67%	2 ч. 6,67%	3 ч. 10%	
Сообщение о намерении совершить НС							
Да				Нет			
17 ч. - 56,67%				13 ч. - 43,33%			

Примечание: ч. – количество человек.

ностью перехода эмоций в поведение [18]. Известно, что у подростков на «пороге» суицида формируется туннельное мышление – форма сознания, характеризующаяся неясным пониманием себя и окружения. У подростка отсутствует осознание последствий совершаемых действий (отсутствие прогнозирования). При этом отрицательные эмоции – токсичные, которые разрушают контакт со средой и сужают восприятие до туннельного, и этот механизм влияния токсических эмоций на психику и поведение

объясняется химическими процессами, происходящими в нервной системе подростка [18].

В этой связи становится очевидной необходимость выхода подростка из зоны эмоционального неблагополучия, где социальное окружение играет ведущую роль. Тем не менее проблема формирования благоприятного психологического климата и взаимодействия в семье и школе остается довольно актуальной. Это связано с тем, что более 90% детей и подростков с суицидальным поведением

Колумбийская шкала оценки тяжести суицидальности	N - %
Желание умереть (на момент поступления)	0
Желание умереть (до госпитализации)	8 - 26,66%
Попытка суицида (на момент поступления и до госпитализации)	0
Прерванные попытки – кем-то остановлены (на момент поступления и до госпитализации)	0
Самостоятельно остановленные попытки (на момент поступления и до госпитализации)	0
	M ± δ
Кол-во баллов от 1 до 5 по шкале «Суицидальное мышление» (на момент поступления)	1,8 ± 1,47
Кол-во баллов от 1 до 5 по шкале «Суицидальное мышление» (до госпитализации)	2,73 ± 1,65
Кол-во баллов от 1 до 25 по шкале «Интенсивность суицидального мышления» (на момент поступления)	9,6 ± 6,16
Кол-во баллов от 1 до 25 по шкале «Интенсивность суицидального мышления» (до госпитализации)	11,6 ± 5,3
Примечание: N – количество человек, M – среднее значение, δ – стандартное отклонение.	

сталкивались с патологическим воспитанием в родительских семьях, и ведущей сферой суицидальных конфликтов являлась семейная в 47% случаях [1].

Другими значимыми факторами риска формирования суицидального поведения подростков являются психические расстройства, депрессивные расстройства поведения, употребление психоактивных веществ [24, 29, 43, 46, 28], выраженность которых также определяется наличием поддержки со стороны социального окружения подростка. Механизм существующего воздействия психических расстройств объясняется тем, что, с одной стороны, такие подростки сталкиваются с большим числом стрессовых ситуаций, а с другой стороны – они воспринимают неблагоприятные события с большей остротой [21].

Согласно МКБ-10, в группе с НС у 7 (23,34%) пациентов диагностирован «легкий депрессивный эпизод» (F32.0), у 10 (33,34%) пациентов – «умеренный депрессивный эпизод» (F32.1), у 3 (10%) – «тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов» (F32.2), у 1 (3,33%) – «циклотимия» (F34.0), у 4 (13,34%) – «смешанное тревожное и депрессивное расстройство» (F41.2), у 1 (3,33%) – «расстройства адаптации» (F43.2), у 1 (3,33%) – «причиняющие беспокойство изменения личности» (F61.1), у 1 (3,33%) – «несоциализированное расстройство поведения» (F91.1), у 1 (3,33%) – «социализированное расстройство поведения» (F91.2), у 1 (3,33%) – «депрессивное расстройство поведения» (F92.0). У 3 (10%) пациентов присутствует коморбидная патология – «нервная анорексия» (F50.0).

По результатам клинического интервью (Табл. 4), различные способы совершения несуицидального АП на момент поступления выявлены у всех пациентов основной группы в виде самоповреждений, полученных путем нанесения себе порезов и расчесывания/раздирания кожи, ударов, ожогов, голодания, укусов, выдергивания волос. Из них до госпитализации 70% подростков уже наносили себе самоповреждения, таким образом, на момент поступления больше половины подростков имели повторяющиеся самоповреждения. Наблюдаются схожие данные и в других исследованиях. Наиболее распространенными способами самоповреждений являются удары по телу и повреждения кожи в виде расцарапывания или поверхностных надрезов, сделанных каким-либо острым предметом [3]. Большинство подростков совершали НС в личной комнате (43,33%). При этом кто-то всегда находился рядом (непосредственно/либо в соседней комнате) в момент совершения самоповреждений у 56,67% подростков.

30% респондентов совершали самоповреждения чаще в одиночестве, но в некоторых случаях рядом кто-то был. Почти все подростки совершали неоднократные повреждения своего тела – более 4 раз. В момент совершения НС чаще всего находились в эмоциональном состоянии грусти (40%), злости (20%) либо тревоги (16,66%), три подростка (10%) находились в состоянии алкогольного опьянения.

По данным оценки тяжести суицидальности (Табл. 5), 26,66% подростков основной группы в тот или иной период своей жизни до госпитализации хотя бы раз испытывали желание умереть или заснуть и не просыпаться. Активное суицидальное мышление, включая размышления о любых способах, плане, намерении самоубийства, отсутствовали при поступлении. Суицидальное мышление (2,73±1,65) и его интенсивность до госпитализации были выше, но не достигали критических значений, а на момент поступления их выраженность была меньше (1,8±1,47), что позволяет предполагать невысокий суицидальный риск подростков на момент поступления. Интенсивность суицидального мышления до госпитализации характеризовалась следующим: частота (реже одного раза в неделю), продолжительность (мигомлетны – несколько секунд или минут) суицидальных идей были в целом невысокими и в определенной степени были более выражены до госпитализации, а также контролируемы. Для многих подростков сдерживающими факторами являлась в основной семье, страх «расстроить маму». Попытки суицида, прерванные попытки, самостоятельно остановленные, полностью отсутствовали у респондентов основной группы.

Анализ НДО (Табл. 6) показал, что почти все респонденты с НС (80%) подверглись психологическому насилию в детстве, больше половины (63%) испытывали эмоциональное пренебрежение со стороны взрослых, у стольких же родители развелись. 57% подростков с НС подверглись физическому насилию. Остальные факторы НДО встречались чуть реже (сексуальное насилие – у 33%, насилие в отношении матери – 27%, алкоголизм и/или наркозависимость в семье – 33%, психическое заболевание в семье – 40%, тюремное заключение родственника – 13%, физическое пренебрежение – 7%), но тоже имеют весомое значение в развитии дезадаптации. Данные, полученные по НДО, подтверждают результаты других исследований. Неблагоприятные детские переживания оказывают невероятное влияние на развитие ребенка, принятие решений не только в детстве, но и на протяжении всей жизни [33, 44].

Таблица 6. Неблагоприятный детский опыт у подростков с НС и здоровых подростков

НДО	Подростки с НС		Здоровые подростки		p-уровень
	N	%	N	%	
<i>Насилие и пренебрежение</i>					
Психологическое насилие	24	80	2	7	p<0,05
Физическое насилие	17	57	0	0	p<0,05
Сексуальное насилие	10	33	0	0	p<0,05
Эмоциональное пренебрежение	19	63	0	0	p<0,05
Физическое пренебрежение	2	7	0	0	p<0,05
<i>Нарушение семейных условий</i>					
Развод родителей	19	63	7	23	p<0,05
Насилие в отношении матери	8	27	1	3	p<0,05
Алкоголизм и/или наркозависимость в семье	10	33	1	3	p<0,05
Психическое заболевание в семье	12	40	1	3	p<0,05
Тюремное заключение родственника	4	13	0	0	p<0,05
<i>Общее количество</i>					
0 факторов	1	3	21	70	p<0,05
1 фактор	3	10	8	27	p<0,05
До 4 факторов	14	47	1	3	p<0,05
Более 4 факторов	12	40	0	0	p<0,05
Примечание: N – количество человек.					

Таблица 7. Статистический анализ НДО у подростков с НС и здоровых подростков

	Подростки с НС	Здоровые подростки	p-уровень
	M ± σ	M ± σ	
НДО	4,13 ± 2,17	0,40 ± 0,80	p=0,00

Дети, столкнувшиеся с жестоким обращением и пренебрежением, в старшем возрасте подвергаются повышенному риску депрессии, алкоголизма и самоубийства [25]. У здоровой выборки количество неблагоприятных факторов в детстве полностью отсутствует либо выражено минимально.

В целом у 40% подростков с НС выявлено более 4 факторов НДО, 2-3 фактора имели почти половина подростков (47%) и лишь 10% имели 1 фактор. Но так как подростки имеют недостаточно сформированную психику, которая еще находится на стадии развития, толчком к самодеструктивному действию может быть и малое воздействие внешних отрицательных факторов. И только у одного подростка с НС отсутствует НДО.

Меньшее количество НДО наблюдается в группе сравнения (Табл. 6). В целом у 70% индивидов группы сравнения отсутствуют факторы НДО, они не сталкивались с неблагоприятными событиями в своей жизни в детстве, у 27% – имеется 1 фактор (развод родителей). У одного здорового подростка выявлено 3 фактора НДО. Более детальный анализ указывает на наличие психологического насилия у 7% здоровых подростков. В качестве нарушений семейных отношений чаще всего наблюдается развод родителей (23%). Единичные эпизоды неблагоприятного детского опыта, такие как наркозависимость в семье, насилие в отношении матери, встречались также в группе здоровых подростков.

По результатам статистического анализа с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни, подростки с наличием НС (4,13±2,17 при p=0,00) в прошлом имеют достоверно больше НДО в целом (общий балл), в отличие от здоровых респондентов (0,40±0,80 при p=0,00) (Табл. 7).

Выявлены значимые различия по большинству показателей Айова-теста (принятие решений) (Табл. 8). Здоровые подростки как на этапе апробации стратегий выбора при принятии решения в игровой задаче (2-4 этапы), так и в условиях наименьшей неопределенности, когда подросток уже имеет определенное представление о наиболее выигрышных колодах (5 этап), имеют меньше убытков, по сравнению с подростками с НС. За всю игру здоровые подростки (15025,83±2453,94 при p=0,00) дают лучший результат по количеству выигранных денег, нежели подростки с НС (11346,60±2802,14 при p=0,00).

Респонденты группы сравнения склонны чаще выбирать выигрышные колоды, как на разных этапах, так и за всю игру в целом (76,33±5,50 при p=0,00), что говорит нам о правильно выбранной стратегии, которая приводит к большему выигрышу, в сравнении с подростками с НС (51,16±11,11).

Здоровые подростки в условиях большей неопределенности на 1 этапе игры, когда еще нет четко сформированного понимания того, что принесет больший выигрыш, на этапе апробирования различных игровых стратегий выбора (2-4 этапы) достоверно меньше меняют колоды, показывая стабильность решений, в отличие от подростков с НС. Подобная тенденция прослеживается также и за всю игру в целом, здоровые подростки (60,9±13,47 при p=0,00) реже, чем подростки с НС (75,86±16,12 при p=0,00), меняют свои решения. Кроме того, по сравнению с контрольной группой, подростки с self-harm менее точно предсказывают неблагоприятные исходы [31].

Полученные данные по особенностям принятия решения в определенной степени сопоставимы с другими результатами [32, 35], в которых описывается, что наруше-

Таблица 8. Процесс принятия решения у подростков с НС и здоровых подростков			
Показатели Айова-теста	Подростки с НС	Здоровые подростки	p-уровень
	M ± σ	M ± σ	
<i>Прибыль</i>			
1 блок	2786±465,4	2790±437,68	p>0,10
2 блок	2296,6±730,7	2830±633,62	p<0,01
3 блок	1852,3±734,3	2815±677,21	P=0,00
4 блок	1955,83±786,5	3200,83±731,28	P=0,00
5 блок	1923,3±896,86	3390±683,36	P=0,00
общий результат (за игру)	11346,6±2802,14	15025,83±2453,94	P=0,00
<i>Выбор выигрышных колод</i>			
1 блок	10,3±3,76	10,83±3,48	p>0,10
2 блок	9,6±3,48	14,43±2,82	P=0,00
3 блок	11,5±2,54	15,9±3,28	P=0,00
4 блок	10,96±3,05	17,83±1,86	P=0,00
5 блок	9,03±3,58	17,26±1,78	P=0,00
общий результат (за игру)	51,16±11,11	76,33±5,5	P=0,00
<i>Смена колод</i>			
1 блок	15,96±3,44	11,9±4,18	P=0,00
2 блок	15,3±3,78	12,9±3,87	p≤0,01
3 блок	15,53±3,72	13,13±4,24	p<0,05
4 блок	14,86±3,9	11,86±4,91	p≤0,01
5 блок	14,5±5,03	11,1±4,11	p<0,01
общий результат (за игру)	75,86±16,12	60,9±13,47	P=0,00
Примечание: M – среднее значение, σ – стандартное отклонение.			

ние исполнительской функции и ошибочность принятия решения связаны с нарушением серотонинергической модуляции орбитофронтальной коры, играющей ключевую роль в принятии решений и когнитивных функциях, связанных с комплексными выборами и оценкой эмоциональной экспрессии лиц. Также ряд работ последних лет указывают на то, что неблагоприятные события раннего периода развития могут иметь нейробиологические последствия и влиять на стресс-ответ во взрослом возрасте, поскольку механизмы долговременной памяти связаны в том числе с эпигенетическим контролем серотонин-зависимой модуляции нейропластичности. Нарушения в процессах принятия решений у подростков с НС имеют сходный профиль с таковыми у лиц с суицидальным поведением, по данным зарубежных исследований.

Выводы и/или Заключение

Результаты нашего исследования показали, что социальное окружение имеет важную роль в профилактике суицидального поведения и сопряженного с ним риска формирования аддиктивных форм поведения.

Проведенные исследования показали, что подростки не испытывают страха перед самим процессом суицида, их в меньшей степени тревожит мнение социального окружения о поступке, но в большей степени главными антисуицидальными мотивами является ответственность перед семьей и ее членами. О важности роли семьи в профилактике суицидального поведения также свидетельствуют полученные в настоящем исследовании данные о том, что у 65,4% подростков семья является факторов защиты от аддиктивных форм поведения. У 88,9% подростков важным путем преодоления критических ситуаций и негативного эмоционального фона является поиск поддержки и

повышение самооценки, что в полной мере может дать только семья. В то же время члены семьи при выстраивании доверительных взаимоотношений должны учитывать особенности становления индивидуальных качеств личности, характера [14]. Понимание и принятие особенностей психики подростков позволяют предотвратить суицидальное поведение на ранних стадиях [10].

- Выявленные различия в гендерной частоте самоубийств среди подростков, где уровень суицида выше от 2 до 8 раз среди юношей [17, 41], вероятно, можно объяснить большим количеством, чем среди девушек, лиц, для которых препятствующим фактором является семья, что показано в настоящем исследовании.

- Установленный факт увеличения у подростков от 15 к 17 годам выраженности на 14,7% антисуициального мотива «Выживание и умение справиться с ситуацией» также определяет направление повышения толерантности к суицидальному поведению посредством обучения подростков в семье эффективному копинг-поведению в критических ситуациях, а также на базе образовательных организаций, где обучается подросток.

Подростки основной группы на момент госпитализации в целом имели различные формы НС без цели уйти из жизни. Основными способами совершения НС являются порезы в сочетании с другим способами: удары, укусы, расчесывания, выдергивания волос, голодание. Обнаружены значимые различия подростков с НС и здоровых подростков по выраженности неблагоприятного детского опыта и по особенностям процесса принятия решения в условиях неопределенности. Респонденты с НС достоверно чаще подвергались психическому и физическому насилию, они воспитывались и развивались в неблагоприятных семейных условиях, что в определенной степени

обусловило дефицит навыков эффективной эмоциональной регуляции и использование самоповреждающего поведения с целью поддержания эмоционального гомеостаза. По данным исследования, в ситуации неопределенности подростки с НС склонны к принятию нерациональных решений, чаще рисковать, отдавать предпочтение неэффективным, непродуктивным стратегиям без должного учета долгосрочной перспективы и рассмотрения выбора альтернативных решений. Здоровые подростки, напротив, принимают достоверно более практичные решения, ориентируясь на прошлый опыт с лучше развитой антиципацией, что в итоге обеспечивает им более качественное разрешение стрессовых ситуаций с меньшими потерями.

Неблагополучные детско-родительские отношения, условия воспитания, а также особенности реагирования на различные ситуации, способ принятия решений в них, несомненно, могут являться предикторами саморазрушающего поведения у подростков, увеличивая их суицидальный риск в будущем. Полученные данные можно использовать при выявлении группы риска по НС в образовательных учреждениях, а также для разработки мер первичной, вторичной и третичной профилактики.

Важность понимания механизмов развития аутоагрессии определяет мишени психокоррекционного воздействия. Учитывая, что самоповреждающее поведение имеет тенденцию к снижению с возрастом, перспективным представляется проведение лонгитюдных исследований с использованием модели регрессионного анализа для уточнения механизмов формирования факторов риска и адаптивных стратегий совладания с негативными эмоциями.

Благодарности

Авторы выражают благодарность школьным психологам общеобразовательных организаций г. Оренбурга, которые осуществляли помощь в тестировании подростков.

Финансирование

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта Российского научного фонда (проект № 23-25-00397 «Исследование дезадаптивных личностных черт и социально-психологических факторов риска манифестации отклоняющегося поведения в подростковом возрасте с разработкой игры, обучающей тому, как справляться со стрессом») <https://rscf.ru/project/23-25-00397>.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflicts of interest.

Литература

1. Бебчук М.А. Семейно-ориентированная медицинская помощь в детском психиатрическом стационаре при феномене суицидального поведения [Текст: непосредственный] // Экология человека. 2017. №4. С.32-37.
2. Боголюбова О.Н., Киселева, Е.В. Психологические и психофизиологические характеристики переживания стыда: роль неблагоприятного детского опыта [Текст: непосредственный] // Вестник СПбГУ. 2015. №12(2). С.30-44.
3. Горбатов С.В., Арбузова Е.Н., Шаболтас А.В. Особенности Я-концепции девочек подростков с несуйцидальным самоповреждающим поведением [Текст: непосредственный] // Суицидология. 2020. №11 (1). С. 53-69.
4. Карауш И.С., Куприянова И.Е., Кузнецова А.А. Кибербуллинг и суицидальное поведение подростков [Текст: непосредственный] // Суицидология. 2020. №1 (38). С.117-129.
5. Кожаметова Р.Ж., Тынышбаева А.А. Основные факторы, влияющие на проблемы предупреждения суицидов среди несовершеннолетних [Текст: непосредственный] // Вестник Института законодательства и правовой информации Республики Казахстан. 2020. №5 (63). С.149-158.
6. Корнилова Т.В., Чумакова М.А., Корнилов С.А. Интеллект и успешность стратегий прогнозирования при выполнении Айова-теста (IGT). [Текст: непосредственный] // Психология. Журнал Высшей Школы экономики. 2018. №15(1). С.10-21.
7. Краснов Е.В. Личностные свойства и интеллект как предикторы принятия решений в игровых стратегиях Айова-теста (на выборке военных руководителей) [Текст: непосредственный] // Экспериментальная психология. 2017. №10(2). С.54-66.
8. Куркина О. В. Интегративный подход к пониманию феноменологии суицидального поведения подростков. Опыт социально-психологического исследования проблемы суицида [Текст: непосредственный] // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2011. №8. С.168-172.
9. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Интернет и самоповреждения подростков: кто виноват и что делать [Текст: непосредственный] // Суицидология. 2019. №3(36). С.3-18.
10. Мамедова Е.Н., Мамедова Л.В. Выявление суицидального поведения у подростков [Текст: непосредственный] // Управление образованием: теория и практика. 2022. №2 (48). С.148-154.
11. Миронова С.М., Симонова С.С. Защита прав и свобод несовершеннолетних в цифровом пространстве [Текст: непосредственный] // Всероссийский криминологический журнал. 2020. №2. С.234-241.
12. Морев М.В., Шматова Ю.Е. Социальные патологии в детско-подростковом возрасте (на примере исследований суицидального поведения) [Текст: непосредственный] // Вопросы территориального развития. 2014. №10 (20). С.1-12.
13. Никульченкова Е.В. Информационная безопасность несовершеннолетних как составляющая личной неприкосновенности [Текст: непосредственный] // Криминология: вчера, сегодня, завтра. 2016. № 4 (43). С. 52-56.
14. Овчарова Р.В. Корреляционное исследование родительской толерантности [Текст: непосредственный] // Общество: социология, психология, педагогика. 2018. №7. С.46-50.
15. Павлова Т.С. Банников Г.С. Современные теории суицидального поведения подростков и молодежи. [Электронный ресурс] Психологическая наука и образование 2013; №4. URL: http://psyedu.ru/journal/2013/4/Pavlova_Bannikov.phtml (дата обращения: 10.01.2021).
16. Пичиков А.А., Попов Ю.В. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) [Текст: непосредственный] // Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2011. №4. С.4-8.
17. Положий Б.С., Панченко Е.А. Суицидальная ситуация среди детей и подростков в России [Текст: непосредственный] // Российский психиатрический журнал. 2012. № 1. С. 52-56.
18. Пырьев Е.А., Очеретина Ю.А. Эмоциональные мотивы суицидального поведения подростков [Текст: непосредственный] // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2020. №4. С. 596-609.
19. Резун Е.В., Слободская Е.Р., Семенова Н.Б., Риппинен Т.О. Проблемы психического здоровья и обращение за помощью среди подростков [Текст: непосредственный] // Сибирский психологический журнал. 2021. №79. С.189-202.
20. Розанов В.А., Мазо Г.Э., Кулемин Н.А. Полногеномные ассоциативные исследования в суицидологии — анализ основных результатов [Текст:

- непосредственный] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2019. №4(1). С.58-60.
21. Саркиапоне М., Положий Б.С. Суициды у детей и подростков [Текст: непосредственный] // Российский психиатрический журнал. 2014. №3. С.52-56.
 22. Тазин И.В. Правовое обеспечение информационно-психологической безопасности несовершеннолетних [Текст: непосредственный] // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2012. № 6 (121). С. 220–225.
 23. Цукарзи Э.Э. Суицид: оценка рисков и первая помощь. Определение уровня суицидального риска с помощью Колумбийской Шкалы Оценки Тяжести Суицида (C-SSRS) [Текст: непосредственный] // Современная Терапия психических расстройств. 2011. 2. С.30-40.
 24. Черняев Л. Токсичный уровень эмоций [Электронный ресурс] // ValuePsychology. URL: <http://valuepsychology.com/toksicheskiy-uroven-emot-sij/> (дата обращения: 25.09.2022).
 25. Anda R. F., Butchart A., Felitti V. J. Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences // American Journal of Preventive Medicine. 2010. Vol. 39(1). P.93–98.
 26. Bechara A., Damasio H., Damasio A.R. The Iowa Gambling Task and the somatic marker hypothesis: some questions and answers. // Trends in cognitive sciences. 2005. Vol.9(4). P.159-162.
 27. Beck A. The Evolution of the Cognitive Model of Depression and Its Neurobiological Correlates. // The American journal of psychiatry. 2008. Vol.165(8). P.969-77.
 28. Bertolote J.M. et al. Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPREMISS Study // Crisis. 2010. Vol. 31. №4. P.194–201
 29. Brent D.A. et al. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1999. Vol. 38. №12. P. 1497–1505.
 30. Brevers D., Bechara A., Cleeremans A. Iowa Gambling Task (IGT): twenty years after-gambling disorder and IGT. // Frontiers in psychology. 2013. Vol.4. P.665.
 31. Bridge J.A., McBee-Strayer S.M., Cannon E.A. Impaired decision making in adolescent suicide attempters // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2016. Vol.51. P.394–403
 32. Brummelte S., Mc Glanaghy E., Bonnin A., Oberlander T.F. Developmental changes in serotonin signaling: Implications for early brain function, behavior and adaptation // Neuroscience. 2017. Vol. 342. P.212-231.
 33. Esaki N., Larkin H. Prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) among child service providers // Families in Society. 2013. Vol.94(1). P.31–37.
 34. Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study // American Journal of Preventive Medicine. 1998. Vol.4(2). P. 45-58.
 35. Hadlaczky G., Hökby S., Mkrtchian A. Decision-Making in Suicidal Behavior: The Protective Role of Loss Aversion // Front Psychiatry. 2018. Vol. 9. P.116.
 36. Hallfors D.D. et al. Adolescent depression and suicide risk: association with sex and drug behavior // American Journal of Preventive Medicine. 2004. Vol. 27. №3. P.224–231
 37. Hawton K., Saunders K.E., O'Connor R.C. Self-harm and suicide in adolescents // Lancet. 2012. Vol.379. P.2373–2382
 38. Jollant F., Bellivier F., Leboyer M. Impaired decision making in suicide attempters. The American Journal of Psychiatry. 2005. Vol.162(2). P.304-10.
 39. Mars B., Heron J., Klonsky E.D. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study // Lancet Psychiatry. 2019. Vol.6(4). P.327-337.
 40. May A.M., Victor S.E. From ideation to action: recent advances in understanding suicide capability // Current Opinion in Psychology. 2018. Vol. 22. P.1-6.
 41. Mittendorfer-Rutz E. Trends of youth suicide in Europe during the 1980s and 1990s – gender differences and implications for prevention // Journal Mens Health Gender. 2006. Issue 3. P. 250–257.
 42. Pare M. Taking Stock of Bullying and Cyberbullying Research and Introducing a Child Rights Perspective // United Nations Convention on the Rights of the Child: Taking Stock After 25 Years and Looking Ahead / ed. T. Liefwaard, J. SlothNielsen. Boston : Brill, 2017. P. 541–563.
 43. Pelkonen M., Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention // Paediatr Drugs. 2003. Vol. 5. №4. P.243–265.
 44. Sacks V., Murphey D., Moore K. Adverse childhood experiences: national and state-level prevalence // CVR Repository. 2014. Vol.14. P.1-11.
 45. Steele M.M., Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents. part 1: etiology and risk factors. National Center for Children in Poverty. Adolescent Mental Health in the United States // Canadian Journal of Psychiatry. 2007. Vol. 52 (6), suppl. 1. P. 21–33.
 46. Shaffer D. et al. The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2004. Vol. 43, № 1. P. 71–79
 47. Suicide: An Unnecessary Death. Paperback by Danuta Wasserman (Ed.), 2001.
 48. Tsehay M., Necho M., Mekonnen W. The role of adverse childhood experience on depression symptoms, prevalence, and severity among school going adolescents // Depression Research and Treatment. 2020. Vol.2. P.1-9.

Информация об авторах

Булычева Екатерина Владимировна. Кандидат медицинских наук, доцент кафедры сестринского дела, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава РФ. Адрес: 460000, Россия, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6, e-mail: e.v.bulycheva@orgma.ru.

Васильева Анна Владимировна. Профессор, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, руководитель международного отдела, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ. Адрес: 192019, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3. Телефон: +7 (812) 670-02-20, e-mail: anpavdoc@yahoo.com.

Антохина Розалия Ильдаровна. Старший преподаватель кафедры клинической психологии и психотерапии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава РФ. Адрес: 460000, Россия, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6, e-mail: rozaliana8@mail.ru.

Калмыкова Анастасия Сергеевна. Ассистент кафедры клинической психологии и психотерапии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава РФ. Адрес: 460000, Россия, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6, e-mail: asa98kalmukova@mail.ru.

Information about the authors

Bulycheva Ekaterina Vladimirovna. Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Nursing, Federal State Budgetary Educational

Institution of Higher Education "Oren-burg State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation. Address: 460000, Russia, Orenburg, Sovetskaya str., 6., Sovetskaya str., 6, 460000 Oren-burg, Russia, e-mail: e.v.bulycheva@orgma.ru

Vasilyeva Anna Vladimirovna. Professor, Doctor of Medical Sciences, Chief Researcher of the Department of Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy, Head of the International Department, Federal State Budgetary Educational Institution "V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Professor of the Department of Psychotherapy, Medical Psychology and Sexology Federal state budgetary educational institution of higher education "North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov" Ministry of

Health of the Russian Federation. Address: 3 Bekhtereva str., Saint Petersburg, 192019, Russia. Phone: +7 (812) 670-02-20, e-mail: annavdoc@yahoo.com .

Antokhina Rosalia Ildarovna. Senior Lecturer of the Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Orenburg State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation. Address: 6 Sovetskaya str., Orenburg, 460000, Russia., e-mail: rozaliana8@mail.ru .

Kalmykova Anastasia Ssergeyevna. assistant of the Department of Clinical Psychology and Psycho-therapy, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Orenburg State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation. Address: 6 Sovetskaya str., Orenburg, 460000, Russia., e-mail: asa98kalmykova@mail.ru .

Возможности амбулаторного применения метадоксина в пероральной форме при расстройствах, связанных с употреблением алкоголя. Резолюция совета экспертов (10 ноября 2023 г.)

Ю.П. Сиволап¹, В.Э. Медведев¹, А.Р. Асадуллин^{2,3}, К.В. Рыбакова², М.А. Винникова^{4,5}, А.Ю. Ненастьева^{4,5}, И.В. Жиров^{6,7}

¹ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», Москва, Российская Федерация;

² ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург;

³ ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа;

⁴ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

⁵ ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия;

⁶ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. акад. Е.И. Чазова» Минздрава России, Москва, Россия;

⁷ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

Резюме

Злоупотребление алкоголем и его неблагоприятные последствия представляют собой значимую проблему общества и клинической медицины и относятся к модифицируемым факторам преждевременной смертности. Глобальная проблема расстройства употребления алкоголя и алкоголь-ассоциированной летальности определяет необходимость эффективной помощи людям, испытывающим трудности с алкоголем, в том числе в тех случаях, когда обращение за профессиональной медицинской помощью по тем или иным причинам не является возможным. В качестве одного из лекарственных средств, которое можно рассматривать для самостоятельного применения без назначения врача индивидами с расстройством употребления алкоголя, является метадоксин. Многочисленные клинические исследования, в том числе контролируемые испытания, доказали эффективность метадоксина при острой и хронической алкогольной интоксикации, синдроме отмены алкоголя, алкогольной болезни печени и собственно алкогольной зависимости. Практическое отсутствие побочных эффектов, отмечаемых многими исследователями, указывают на хорошую переносимость метадоксина и возможность его безопасного перорального самостоятельного применения без назначения врача.

Ключевые слова: употребление алкоголя; расстройство употребления алкоголя; острое алкогольное отравление; хроническая алкогольная интоксикация; состояние отмены алкоголя; алкогольная болезнь печени; смертность, связанная с алкоголем; метадоксин.

Для цитирования: Ю.П. Сиволап, В.Э. Медведев, А.Р. Асадуллин, К.В. Рыбакова, М.А. Винникова, А.Ю. Ненастьева, И.В. Жиров. Возможности амбулаторного применения метадоксина в пероральной форме при расстройствах, связанных с употреблением алкоголя. Резолюция совета экспертов (10 ноября 2023 г.). Психиатрия и психофармакотерапия. 2023; 6: 24–27.

The possibilities of outpatient use of methadoxyl in oral form in alcohol-related disorders. Resolution of the Council of Experts (November 10, 2023)

Yu.P. Sivolap¹, V.E. Medvedev¹, A.R. Asadullin^{2,3}, K.V. Rybakov², M.A. Vinnikov^{4,5}, A.Yu. Nenastiev^{4,5}, I.V. Zhironov^{6,7}

¹ Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russian Federation;

² FGBU "V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg;

³ FGBOU VO Bashkir State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Ufa;

⁴ Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russia;

⁵ GBUZ "Moscow Scientific and Practical Center of Narcology of the Department of Health of the city of Moscow, Moscow, Russia;

⁶ FGBU "National Medical Research Center of Cardiology named after Academician E.I. Chazova" Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia;

⁷ FGBOU DPO "Russian Medical Academy of Continuing Professional Education" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

Abstract

Alcohol abuse and its negative consequences are the significant problem in society and clinical medicine and are related to modifiable factors of early mortality. The global problem of alcohol use disorders and alcohol-associated mortality necessitates the provision of effective assistance to people experiencing difficulties with alcohol, including in cases where seeking professional medical help for one reason or another is not possible. One of the medications available for self-administration without a physician's prescription by persons with alcohol use disorders is metadoxine. Numerous clinical studies, including controlled trials, have proven the effectiveness of metadoxine in acute and chronic alcohol intoxication, alcohol withdrawal, alcoholic liver disease and alcohol dependence itself. The practical absence of side effects noted by many researchers indicates good tolerability of metadoxine and the possibility of its safe oral self-administration without a physician's prescription.

Key words: alcohol consumption; alcohol use disorder; acute alcohol poisoning; chronic alcoholic intoxication, alcohol withdrawal; alcohol liver disease; alcohol-related mortality; metadoxine.

For citation: Yu.P. Sivolap, V.E. Medvedev, A.R. Asadullin, K.V. Rybakov, M.A. Vinnikov, A.Yu. Nenastiev, I.V. Zhironov. The possibilities of outpatient use of methadoxyl in oral form in alcohol-related disorders. Resolution of the Council of Experts (November 10, 2023). Psychiatry and psychopharmacotherapy. 2023; 6: 24–27.

Злоупотребление алкоголем и его неблагоприятные последствия представляют собой значимую проблему общества и клинической медицины и относятся к модифицируемым факторам риска ухудшения здоровья (в том числе в связи с сердечно-сосудистыми болезнями и пора-

жением печени) и преждевременной смертности населения.

В течение по крайней мере двадцати последних лет отмечается увеличение употребления алкоголя и связанных с алкоголем преждевременных смертей, в том числе вы-

званных алкогольной болезнью печени, во многих регионах мира, включая США и Российскую Федерацию [1].

Глобальная проблема расстройства употребления алкоголя и алкоголь-ассоциированной летальности определяет необходимость эффективной помощи людям, испытывающим трудности с алкоголем, в том числе в тех случаях, когда обращение за профессиональной медицинской помощью по тем или иным причинам не является возможным.

В качестве одного из лекарственных средств, которое можно рассматривать для самостоятельного применения без назначения врача индивидами с расстройством употребления алкоголя, является метадоксин.

10 ноября 2023 г. состоялся совет экспертов, посвященный вопросам возможного самостоятельного – без врачебного назначения и/или без врачебного контроля – приема метадоксина в таблетированной форме как одного из безопасных лекарственных средств с благоприятным профилем безопасности, способного уменьшать негативные последствия злоупотребления алкоголем у лиц с рисковым употреблением алкоголя или алкогольной зависимостью, не обращающихся за специализированной наркологической помощью.

В ходе обсуждения эффективности и безопасности метадоксина на основе мирового опыта применения препарата, а также на основании собственной клинической практики, эксперты пришли к мнению, выраженному в данной резолюции.

Безопасность метадоксина

Эффективность и безопасность метадоксина доказана многочисленными доклиническими и клиническими исследованиями, в том числе с наивысшим уровнем доказательности – двойными слепыми рандомизированными плацебо-контролируемыми исследованиями [2]. Такая доказательная база достоверно установила и в дальнейшем подтвердила способность метадоксина к ускорению выведения алкоголя из крови при острой интоксикации, восстановлению функциональной структуры печени, улучшению неврологических функций и психического состояния пациентов, злоупотребляющих алкоголем; особенно подчеркивается высокая переносимость и практическое отсутствие побочных эффектов, свидетельствующие о надлежащем профиле безопасности метадоксина [3].

Данные постмаркетинговых исследований и мониторинга фармакологического надзора не содержат сведений о нежелательных явлениях со стороны сердечно-сосудистой системы при клиническом применении метадоксина, несмотря на достаточно частую кардиологическую коморбидность у типичного пациента с расстройством употребления алкоголя.

Фармакодинамика и фармакокинетика метадоксина лежат за пределами его влияния на сердечно-сосудистую систему, поэтому кардиологическая безопасность препарата не предполагает отдельного изучения по мнению компании-разработчика, и соответствующие исследования по этому вопросу не входили в стратегию изучения препарата в стадии разработки.

Исходные вещества, составляющие молекулу метадоксина – пиридоксин и L-2-пирролидон-5-карбоксилат – не

влияют на сердце и кровообращение, что позволяет предполагать заведомое отсутствие у метадоксина кардиотропных и вазотропных эффектов.

На основании всего перечисленного эксперты заключили, что метадоксин не может влиять на гемодинамику, включая такие ее параметры, как сердечная проводимость, частота сердечных сокращений, сердечный выброс, периферическое сосудистое сопротивление, артериальное давление и скорость кровотока.

Согласно ряду исследований, при использовании метадоксина возможно ускорение протрезвления. В частности, в исследовании Shpilenyu et al. использование метадоксина в инъекционной форме в дозе 900 мг значительно уменьшало период полувыведения этанола из крови (c 6,70 ± 1,84 до 5,41 ± 1,99 ч; $p < 0,013$) и способствовало его ускоренной элиминации.

Влияние на период полувыведения этанола из крови сопровождалось заметным повышением темпов выздоровления пациентов, определяемого как время ступенчатого снижения уровней этанола в крови в (граммах на литр), отражающего степень интоксикации: 0-0,5 – отсутствие интоксикации; 0,51-1,0 – легкая интоксикация; 1,1-2,5 – умеренная интоксикация; >2,5 – тяжелая интоксикация.

Медиана времени до начала выздоровления составила 0,95 ч при приеме метадоксина и 2,34 ч при приеме плацебо ($p = 0,013$).

Уменьшение концентрации алкоголя в крови сопровождалось редукцией клинических симптомов отравления [4].

Вместе с тем протрезвление под влиянием метадоксина не следует рассматривать как «быстрое» или «медленное», поскольку протрезвление – процесс с индивидуальными параметрами, зависящими от функции печени, особенностей метаболизма и генотипа человека.

Механизм фармакологического действия метадоксина заключается в модулировании ферментативных систем, влияющих на трансформацию и элиминацию этанола. Так, метадоксин стимулирует окисление не только этанола под влиянием алкогольдегидрогеназы, но и его токсичного метаболита – ацетальдегида при участии ацетальдегиддегидрогеназы.

Благодаря повышению активности ацетальдегиддегидрогеназы метадоксин способствует выведению ацетальдегида и его окислению до значительно менее токсичного ацетата (уксусной кислоты), который, в свою очередь, через ацетил-коэнзим А превращается в легко выводимый из организма воду и углекислый газ.

Считается, что ацетальдегид и гомоцистеин увеличивают риск сердечно-сосудистых осложнений.

Поскольку метадоксин стимулирует элиминацию гомоцистеина, с повреждающим влиянием которого на интиму сосудов и другими патогенетическими механизмами связано развитие сердечно-сосудистых болезней, можно предполагать наличие у метадоксина потенциальной способности улучшать состояние кровеносной системы и снижать кардиологические риски, в том числе связанные со злоупотреблением алкоголем или сопутствующие алкогольной зависимости.

В связи с высокой безопасностью и практическим отсутствием побочных эффектов, доказанными многочисленными исследованиями [5-9]¹, данными фармаконадзо-

¹ В связи с ограниченным объемом публикации приводятся ссылки лишь на отдельные исследования.

ра, а также практическим опытом авторов применения метадоксина, был сделан вывод, что метадоксин обладает значительными преимуществами в сравнении с другими лекарственными средствами, например дисульфирамом, применяемым в лечении алкогольной зависимости и характеризующимся выраженными токсическими свойствами даже в отсутствие употребления алкоголя и возникающей при этом дисульфирам-алкогольной реакции.

Более того, метадоксин является фармакологическим антиподом дисульфирама: если дисульфирам подавляет активность ацетальдегиддегидрогеназы, что приводит к задержке ацетальдегида в организме, то, как уже говорилось выше, метадоксин проявляет противоположный эффект, способствуя снижению токсической нагрузки метаболитов этанола на организм.

Неудовлетворительная переносимость дисульфирама лежит в основе низкой приверженности терапии, тогда как практическое отсутствие побочных эффектов и быстрое улучшение субъективного психофизического состояния под влиянием метадоксина, напротив, способствуют высокой приверженности лечению данным препаратом.

Все эксперты пришли к единодушному выводу о высоком общем профиле безопасности метадоксина, включая кардиологическую безопасность, и заключили, что представления о сердечно-сосудистых рисках при использовании метадоксина не имеют под собой достаточных оснований.

Эффективность, показания к применению и продолжительность приема метадоксина

Кроме стандартных показаний к применению метадоксина, авторами были выделены и другие клинические ситуации, в которых может быть применен метадоксин. Например, метадоксин может быть полезен индивидам, эпизодически употребляющим алкоголь без признаков зависимости. Таким людям метадоксин способен помочь в облегчении похмельного (постинтоксикационного) состояния.

Метадоксин может принести пользу пациентам, которые отдают себе отчет в наличии у них алкогольной зависимости, объективно оценивают собственное состояние и полагают, что способны самостоятельно преодолеть трудности с употреблением алкоголя без обращения к наркологу или врачу другой специальности.

При продолжении употребления алкоголя метадоксин способен уменьшить негативные последствия благодаря снижению токсической нагрузки, создаваемой этанолом и его токсичными метаболитами.

Кроме того, метадоксин уменьшает симптомы тревоги и нарушения сна, связанных с употреблением алкоголя.

Прием метадоксина позволяет рассчитывать на достижение и поддержание трезвости по крайней мере у части мотивированных к излечению индивидов [10].

Важным свойством метадоксина для амбулаторного внемедицинского применения является уменьшение проявлений алкогольной болезни печени, позволяющего смягчить ее течение и предотвратить неблагоприятную динамику с развитием фиброза, алкогольного цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы [11, 12].

Наконец, существуют основания для предположения, что по крайней мере часть пациентов с расстройством употребления алкоголя, состояние которых улучшится после самостоятельного приема метадоксина, в дальнейшем может обратиться за профильной медицинской помощью с целью достижения более значимых результатов в улучшении собственного здоровья.

Метадоксин обладает гепатопротективными и нейропротективными свойствами, уменьшает проявления алкогольной болезни печени и алкогольной полинейропатии и проявляет свойства антиоксиданта. Кроме того, метадоксин способен оказывать антикрейвлинговое воздействие и уменьшать потребность в алкоголе, проявлять анксиолитические и седативные эффекты и улучшать когнитивные функции. Все эти перечисленные эффекты способствуют возможному назначению метадоксина широкому кругу пациентов.

Длительный прием метадоксина способствует реализации его терапевтического потенциала, и, благодаря высокой безопасности препарата, курс лечения не требует врачебного контроля. Данный тезис распространяется только на пероральную форму данного препарата, так как применение инъекций всегда сопряжено с дополнительным риском за счет пути введения и должно проводиться исключительно под контролем врача.

Современные научные данные дают основания для предположения, что самостоятельный (без назначения врача) пероральный прием метадоксина в форме таблеток способен уменьшать проявления острого отравления алкоголем и хронической алкогольной интоксикации, облегчать прекращение употребления алкоголя и смягчать проявления синдрома отмены.

Более свободный доступ к метадоксину способен уменьшить преждевременную смертность, вызванную алкоголем, как у людей с эпизодическим рискованным употреблением алкоголя без признаков зависимости, так и у пациентов с алкогольной зависимостью, не готовых к обращению за помощью к специалисту в связи со стигматизацией наркологического лечения и затрудненным доступом к рецептурным лекарственным средствам.

Все эксперты пришли к выводу, что для достижения максимального терапевтического результата без существенных рисков осложнений метадоксин может самостоятельно использоваться индивидами, испытывающими трудности с алкоголем и обнаруживающими признаки хронической интоксикации алкоголем, без назначения врача и врачебного контроля продолжительностью курса приема до трех месяцев.

Уменьшение потребления алкоголя в популяции, помимо очевидной пользы для злоупотребляющих алкоголем и членов их семей, представляет собой безусловное общественное благо, а возможность самостоятельного приема метадоксина для смягчения связанных с алкоголем медицинских и социальных проблем может, по мнению авторов этой статьи, послужить достижению этого блага.

При поддержке: статья спонсируется ООО «Си Эс Си ЛТД»

Supported by: The article is sponsored by C.S.C. LTD.

*Информация об авторах:*Сиволап Ю.П. - <https://orcid.org/0000-0002-4494-149X>Медведев В.Э. - <https://orcid.org/0000-0001-8653-596X>Асадуллин А.Р. - <https://orcid.org/0000-0001-7148-4485>Рыбакова К.В. - <https://orcid.org/0000-0003-1797-1121>Винникова М.А. - <https://orcid.org/0000-0003-3289-8786>Ненастьева А.Ю. - <https://orcid.org/0000-0002-9790-895x>Жиров И.В. - <https://orcid.org/0000-0002-4066-2661>

Автор, ответственный за переписку: Сиволап Ю.П. — e-mail: yura-sivolap@yandex.ru

Information about the authors:Sivolap Yu.P. - <https://orcid.org/0000-0002-4494-149X>Medvedev V.E. - <https://orcid.org/0000-0001-8653-596X>Asadullin A.R. - <https://orcid.org/0000-0001-7148-4485>Rybakova K.V. - <https://orcid.org/0000-0003-1797-1121>Vinnikova M.A. - <https://orcid.org/0000-0003-3289-8786>Nenasteva A.Yu. - <https://orcid.org/0000-0002-9790-895x>Zhirov I.V. - <https://orcid.org/0000-0002-4066-2661>

Corresponding author: Sivolap Yu. P. — e-mail: yura-sivolap@yandex.ru

Литература/references

- Huang D.Q., Mathurin P., Cortez-Pinto H., Loomba R. Global epidemiology of alcohol-associated cirrhosis and HCC: trends, projections and risk factors. *Nat-Rev-Gastroenterol-Hepatol*, 2023; 20 (1): 37-49; doi: 10.1038/s41575-022-00688-6
- Di Miceli M, Gronier B. Pharmacology, Systematic Review and Recent Clinical Trials of Metadoxine. *Rev Recent Clin Trials*. 2018;13(2):114-125. doi:10.2174/1574887113666180227100217
- Addolorato G., Ancona G., Capristo E., Gasbarrini G. Metadoxine in the treatment of acute and chronic alcoholism: a review. *Int-J-Immunopathol-Pharmacol*, 2003; 16 (3): 207-214; doi: 10.1177/039463200301600304
- Shpilnyaya L.S., Muzychenko A.P., Gasbarrini G., Addolorato G. Metadoxine in acute alcohol intoxication: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Alcohol-Clin-Exp-Res*, 2002; 26 (3): 340-346.
- Винникова М.А., Иванец Н.Н., Ненастьева А.Ю., Жиров И.В. Место метадоксила в терапии алкогольного абстинентного синдрома, алкогольной болезни печени и алкогольной полинейропатии. *Вопросы наркологии*, 2014; 10: 48-54.
- Crabb D.W., Im G.Y., Szabo G., Mellinger J.L., Lucey M.R. Diagnosis and Treatment of Alcohol-Associated Liver Diseases: 2019 Practice Guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*, 2020; 71 (1): 306-333; doi: 10.1002/hep.30866.
- Di Miceli M., Gronier B. Pharmacology, Systematic Review and Recent Clinical Trials of Metadoxine. *Rev-Recent-Clin-Trials*, 2018; 13 (2): 114-125; doi: 10.2174/1574887113666180227100217.
- Leggio L., Kenna G.A., Ferrulli A., Zywiak W.H., Caputo F., Swift R.M., Addolorato G. Preliminary findings on the use of metadoxine for the treatment of alcohol dependence and alcoholic liver disease. *Hum-Psychopharmacol*, 2011; 26 (8): 554-559; doi: 10.1002/hup.1244.
- Martínez M.C.L.R.D., Martínez A.D., Salcedo V.V., Fuentes C.C. Efficacy of metadoxine in the management of acute alcohol intoxication. *J-Int-Med-Res*, 2002; 30 (1): 44-51; doi: 10.1177/147323000203000107.
- Rizzo A., Breda A., Moretto F., Pace M., Dotta C., Gelso E., Sanzuol F., Tossani C. [Therapeutic use of metadoxine in chronic alcoholism. Double blind study of patients in a department of general medicine]. *Clin-Ter*, 1993; 142 (3): 243-250.
- Fehér J., Váli L., Blázovics A. The beneficial effect of metadoxine (pyridoxine-pyrrolidone-carboxylate) in the treatment of fatty liver diseases. *Clin-Exp-Med-Journal*, 2009; 3 (1): 65-79; doi: 10.1556/CEMED.3.2009.1.6.
- Higuera-De la Tijera F., Servín-Caamaño A.I., Cruz-Herrera J., Serralde-Zúñiga A.E., Abdo-Francis J.M., Gutiérrez-Reyes G., Pérez-Hernández J.L. Treatment with metadoxine and its impact on early mortality in patients with severe alcoholic hepatitis. *Ann-Hepatol*, 2014; 13 (3): 343-352.

Опыт применения карипразина при лечении шизофрении и биполярного аффективного расстройства

В.И. Фролова

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО МИ РУДН (Peoples Friendship University of Russia (RUDN University))
✉ frolova_vi@rudn.ru

Резюме

Новым этапом развития антипсихотической терапии является создание антипсихотиков так называемого третьего поколения - частичных или парциальных D3/D2 агонистов. Такие препараты действуют как антагонисты в среде с высоким содержанием дофамина и как агонисты в среде с низким содержанием дофамина, уравновешивая гипер- и гипоактивность дофаминергических путей в головном мозге [1-2,6]. Представитель этой группы Карипразин (Реагила) обладает высоким сродством к D3 – рецепторам, что делает его профиль уникальным. Накоплен значительный опыт применения препарата у пациентов с шизофренией и БАР. Быстро наступающий антипсихотический и антиманиакальный эффект карипразина сочетается с прокогнитивным эффектом. Препарат демонстрирует высокую эффективность в отношении негативной симптоматики. Наиболее характерные для антипсихотиков второго поколения побочные эффекты в виде метаболических нарушений, пролонгации интервала QT и повышения пролактина практически не встречаются при применении карипразина [6-7]. Указанные особенности Реагила делают применение препарата удобным в повседневной клинической работе врача-психиатра. Ниже представлены собственные наблюдения, позволяющие проиллюстрировать некоторые аспекты применения карипразина в реальной клинической практике.

Ключевые слова: шизофрения паранойдная, биполярное аффективное расстройство 1 типа, антипсихотик, карипразин, клинический случай, лечение.

Для цитирования: В.И. Фролова. Опыт применения карипразина при лечении шизофрении и биполярного аффективного расстройства. Психиатрия и психофармакотерапия. 2023; 6: 28–33.

The experience of using cariprazine in the treatment of schizophrenia and bipolar affective disorder

V.I. Frolova

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology FNMO MI RUDN (Peoples Friendship University of Russia (RUDN University))
✉ frolova_vi@rudn.ru

Abstract

A new stage in the development of antipsychotic therapy is the creation of antipsychotics of the so-called third generation - partial or partial D3/D2 agonists. Such drugs act as antagonists in an environment with a high dopamine content and as agonists in an environment with a low dopamine content, balancing the hyper- and hypoactivity of dopaminergic pathways in the brain [1-2,6]. A representative of this group, Cariprazine (Reagyl) has a high affinity for D3 receptors, which makes its profile unique. Considerable experience has been gained in the use of the drug in patients with schizophrenia and BAR. The rapidly advancing anti-psychotic and antimanic effect of cariprazine is combined with a procognitive effect. The drug shows high efficacy against negative symptoms. The side effects most characteristic of second-generation antipsychotics in the form of metabolic disorders, prolongation of the QT interval and increased prolactin are practically not found with the use of cariprazine [6-7]. These features of the Reagent make the use of the drug convenient in the daily clinical work of a psychiatrist. The following are our own observations that illustrate some aspects of the use of cariprazine in real clinical practice.

Keywords: paranoid schizophrenia, bipolar affective disorder type 1, antipsychotic, cariprazine, clinical case, treatment.

For citation: V.I. Frolova. The experience of using cariprazine in the treatment of schizophrenia and bipolar affective disorder. Psychiatry and psychopharmacotherapy. 2023; 6: 28–33.

Несмотря на наличие в арсенале психиатров достаточно большого количества антипсихотиков, целый ряд аспектов лечения шизофрении и аффективных расстройств остаются далекими от своего решения [1-3]. Так, собственно антипсихотический эффект, наряду с редукцией ажитации, агрессивности, способностью купировать маниакальные состояния, проявляющиеся у антипсихотиков как первого (АПП), так и второго (АВП) поколений, не всегда сопровождается достаточным влиянием на негативную симптоматику [1-2]. В фокусе внимания находятся также улучшение когнитивной функции и напрямую связанные с ней социальное функционирование и качество жизни, значительно страдающие у пациентов с шизофренией [1-3].

Кроме того, неодинаковая переносимость и различный профиль побочных эффектов антипсихотиков, все в большей степени определяющие выбор назначаемого препарата, делают проблему индивидуализированного выбора те-

рапевтической тактики одним из наиболее актуальных вопросов современной психофармакотерапии.

Наконец, отдельной терапевтической проблемой является первичное назначение психотропных препаратов (в частности, антипсихотиков). Пациенты, впервые получающие терапию такими препаратами, в значительной степени чувствительны к побочным эффектам при ее проведении, что зачастую отрицательно влияет на комплаентность и формирует негативное отношение к антипсихотической терапии в целом, делая затруднительным осуществление необходимого длительного поддерживающего лечения [3-5].

Новым этапом развития антипсихотической терапии является создание антипсихотиков так называемого третьего поколения – частичных или парциальных D3/D2 агонистов. Такие препараты действуют как антагонисты в среде с высоким содержанием дофамина и как агонисты в среде с низким содержанием дофамина, уравновешивая

гипер- и гипоактивность дофаминергических путей в головном мозге [1-2,6].

Представитель этой группы карипразин (Реагила) обладает высоким сродством к D3-рецепторам, что делает его профиль уникальным. Накоплен значительный опыт применения препарата у пациентов с шизофренией и БАР. Быстро наступающий антипсихотический и антиманиакальный эффект карипразина сочетается с прокогнитивным эффектом. Препарат демонстрирует высокую эффективность в отношении негативной симптоматики. Наиболее характерные для антипсихотиков второго поколения побочные эффекты в виде метаболических нарушений, пролонгации интервала QT и повышения пролактина практически не встречаются при применении карипразина [6-7]. Указанные особенности Реагила делают применение препарата удобным в повседневной клинической работе врача-психиатра.

Ниже представлены собственные наблюдения, позволяющие проиллюстрировать некоторые аспекты применения карипразина в реальной клинической практике.

НАБЛЮДЕНИЕ 1

Пациентка Т.Б., 32 года. Ранее к психиатрам не обращалась.

Наследственность психопатологически отягощена. У бабки по линии отца шизофрения. Брат отца замкнутый, необщительный. Не следит за собой, ходит в одной и той же одежде по несколько месяцев. В квартире не убирается, мусор не выносит и не дает никому из родственников это делать. Нигде не работает, живет на иждивении своего брата. У бабки со стороны матери сосудистая деменция.

Мать, 55 лет. По характеру холодная, категоричная, требовательная. Имеет два высших образования: физик-ядерщик и бухгалтер.

Отец, 56 лет. Замкнутый, необщительный, с дочерьми общался редко. За провинности бил вплоть до совершеннолетия дочерей.

Пациентка родилась в срок от нормально протекавших беременности и родов. Росла и развивалась в соответствии с нормами. Посещала детский сад. Режим учреждения соблюдала, но была необщительной, замкнутой, чаще играла одна с цветами или землей на грядке.

В 7 лет пошла в школу с математическим уклоном. В начальной школе училась на отлично, любимым предметом была математика. Выигрывала олимпиады. В средней школе любила геометрию, физику, биологию, химию. Друзей по-прежнему не было, с одноклассниками практически не разговаривала, общалась только дома с сестрой. Зная правильный ответ на вопрос учителя, боялась ответить на занятии вслух, молчала, сидела одна на последней парте.

В 15 лет родители заметили изменения в поведении дочери. Стала более раздражительной, импульсивной, упрямой и категоричной. Не принимала чужую точку зрения, перестала слушаться родителей, участились ссоры и конфликты в семье.

Появилось желание быть не такой, как все, с этой целью решила сделать пирсинг языка и татуировки. Увлеклась эзотерикой, проводила много времени за чтением эзотерической литературы.

При этом в 9-11 классах занималась дополнительным изучением экономики, получила премию мэра города за олимпиаду по математике.

После 11 класса поступила на бюджет в Университет им. Косыгина на факультет автоматики и электроэнергетики. Начала подрабатывать, раздавая листовки на улице, позже устроилась работать кассиром в «Ашан», работала как в дневное, так и в ночное время. Институт посещала только в свободное от работы время, считала работу более важной.

В 18 лет в интернете познакомилась с молодым человеком, была влюблена, строила планы о совместном будущем. Когда избранника призвали на срочную службу в вооруженные силы, появилась убежденность, что он ей изменит. «Доказательствами» измены считала длинные паузы между ответами на ее сообщения, холодный тон ответов. На этом фоне снизилось настроение, нарушился аппетит, похудела за 7 кг за этот год. После возвращения молодого человека устраивала ему скандалы, требовала признаться в «измене». После расставания по инициативе молодого человека настроение снизилось еще больше. Плакала, жалела себя, считала, что ничего хорошего впереди уже не будет. Нарушился сон. Настроение оставалось сниженным в течение года, нормализовалось самостоятельно. В дальнейшем влюбленностей больше не возникало. Несколько раз вступала в краткосрочные отношения с мужчинами, всегда заканчивавшиеся по ее инициативе, так как «не видела в этом смысла». Не замужем, детей нет.

Во время обучения на третьем курсе университета познакомилась с компанией зооактивистов. Вместе с ними выступала на уличных демонстрациях в защиту животных, занималась волонтерством в приютах. Общась с зооактивистами, поняла, что выбрала не то направление обучения. Отчислилась из вуза, после подготовки поступила на вечернее отделение ветеринарной академии.

После окончания ветеринарной академии поступила на второе высшее образование по специальности «биотехнология». Плохо представляла себе, в чем заключается работа по этой специальности, с ее слов: «понравилась реклама – там говорилось, что это профессия будущего». Совмещала обучение с работой ветеринарным врачом в клиниках ночью, вечером, на выходных, также работала лаборантом в онкологическом центре и в центре медицинской генетики.

После окончания учебы поступила на курсы лабораторной генетики и одновременно в аспирантуру по специальности «биотехнология». Не смущалась возрастом поступления в аспирантуру (31 год), считала, что без ученой степени «нет смысла работать».

В тот же период стала замечать, что начальство в центре медицинской генетики «пытается ее обмануть». Считала, что у нее хотят отнять проект и присвоить результаты другому сотруднику для защиты его диссертации. Устраивала скандалы, требовала оставить ее в покое, «не воровать результаты», грозилась обратиться в суд, чтобы проучить руководителей и добиться справедливости. Через несколько месяцев уволилась по собственному желанию.

В течение нескольких месяцев не могла устроиться на работу. Считала, что руководители центра медицинской генетики «рассказали все про нее», и все остальные руко-

водители учреждений «сговорились», чтобы не нанимать ее. На этом фоне снизилось настроение, много плакала, появились боли в сердце, затруднение дыхания, нарушился сон.

В этот же период у домашней кошки родились недоношенные котятки. Решила, что не сможет выходить их сама, отдала знакомой заводчице. Приехав через несколько дней, обнаружила, что котятки стали меньше весить. «Поняла», что заводчица специально хотела их убить, так как они очень красивые. Забрала котят обратно. После этого стала замечать одну и ту же машину у своего подъезда. Решила, что это «зеки», которых наняла заводчица для того, чтобы они отобрали котят. Стала соблюдать меры предосторожности: не выходила из подъезда одна и в темное время суток. Заштормила все шторы, не подходила к окнам.

Через несколько дней стала замечать, что один из котят стал менее активным, практически не двигался, мало ел. Решила, что он заболел COVID-19. С целью избавления котенка от мучений усыпила его. Несколько дней проплакала, появилась слабость, утомляемость, стало сложно сконцентрироваться, справляться с домашними делами, нарушился сон, пропал аппетит. «Поняла», что заразилась COVID-19 от котенка. В тот период, со слов матери, дочь стала вести себя странно: перестала выходить из дома, высказывала идеи преследования со стороны посторонних людей, родителей и коллег по работе. Выдернула в своей квартире все провода, водопроводные шланги, отключила телефон. Все эти действия аргументировала тем, что «ее прослушивают». Считала, что в книгах написаны гадости про нее. Видя состояние дочери, мать настояла на переезде дочери к ней. После переезда у пациентки появилась уверенность, что мать хочет отравить ее, кормит отравленным вареньем. Несколько раз видела в лифте оставленные кем-то пустые бутылки. Решила, что это мать оставила их «со злым умыслом». Также считала, что мать вместе с сотрудниками на работе состоит в сговоре против нее, просила мать уволить ее с работы.

На предложение матери обратиться к частному психиатру отреагировала враждебно, решила, что мать считает ее ненормальной, однако после этого сама вызвала себе скорую помощь, была госпитализирована в острое отделение психиатрической больницы.

Психический статус

В месте, времени и собственной личности ориентирована верно.

Выглядит старше своих лет. На теле видны многочисленные татуировки, проколот язык. Выражение лица застывшее. Сидит в однообразной позе, ссутулившись. В глаза не смотрит. Голос маломодулированный. На вопросы отвечает не всегда в плане заданного, чрезмерно обстоятельно, витиевато. На некоторые вопросы отвечать отказывается, с подозрением спрашивает, почему ее слова записывают. Настаивает на проведении беседы в кабинете врача, считает, что другие пациенты будут подслушивать и обсуждать ее действия. Часто сетует на «резкую пустоту в голове», переспрашивает, о чем только что говорила. Противоречит данным объективного анамнеза, путается в датах. Узнав о беседе врача с матерью, раздражается, повышает голос, утверждает, что вела себя нормально и мать

все путает. Грозится «рассказать всю правду о матери», чтобы ту лишили родительских прав.

Причиной госпитализации называет снижение настроения, которое связывает со смертью домашнего котенка. Ежедневно вспоминает о нем, часто плачет. Не может объяснить, почему решила, что тот заболел COVID-19, и почему его было невозможно вылечить. Аппетит снижен. Сон нарушен по типу трудностей засыпания, частых пробуждений. Суицидальные мысли отрицает.

Сообщает о плохом отношении матери к себе. Часто замечает, что мать подносит руку к носу, чешет его. Поэтому уверена, что мать считает ее наркоманкой. Считает, что мать сговорила с сотрудниками на работе, возможно, даже является их начальником. Подговаривает их против пациентки, заставляет следить. Убедена в существовании слежки, хотя каким образом она организована, точно сказать не может: «может, интернет, может, телефон». Продолжает считать, что мать пытается ее отравить, в качестве аргумента приводит наличие в холодильнике давно открытой банки варенья с налетом сахара: «специально держит, ждет, когда я съем и умру».

Критика к состоянию отсутствует. Сразу заявляет, что согласна только на препараты, не вызывающие никаких побочных эффектов, предупреждает, что имеет медицинское образование и не позволит «пичкать себя всякой дрянью».

Соматическое состояние

Клинический и биохимический анализ крови в пределах нормы. Анализы на RW, Hbs-ат, -аг, ВИЧ отрицательные. Клинический анализ мочи в пределах нормы. ЭКГ – без патологии.

Заключение терапевта: практически здорова.

Невропатолог: вегетососудистая дистония.

Окулист: миопия легкой степени обоих глаз.

Диагноз: шизофрения параноидная, депрессивно-бредовой синдром. Период наблюдения менее года.

Лечение: карипразин 1,5 мг – 1 день, затем карипразин – 3 мг (утром). Препарат назначен в связи с наличием у пациентки последовательно формировавшихся идей преследования со стороны коллег по работе, приятельницы – заводчицы кошек, родственников, наличия депрессивного синдрома, а также с учетом возможной низкой приверженности приему лекарственных средств с потенциально высокими рисками развития нежелательных явлений у пациентки, ранее не получавшей терапию антипсихотиками.

На фоне терапии в течение первой недели стала спокойнее, уменьшилась подозрительность в отношении пациентов в отделении. В течение 3 недель полностью нивелировалась бредовая симптоматика, нормализовались настроение и сон. Жалоб на плохую переносимость не предъявляла, сообщила, что довольна отсутствием нежелательных явлений. Критика к перенесенному состоянию формальная. Соглашается, что «была слишком подозрительной», «наверное, мне показалось многие вещи».

После выписки из больницы продолжила прием карипразина в дозировке 3 мг/сут. В течение 4 месяцев катамнестического наблюдения состояние оставалось стабильным. Жалоб на побочные эффекты (неврологические, повышение веса) не предъявляла. Устроилась на работу.

Продолжала проживать с матерью. По словам последней, нарушений поведения не отмечалось.

Прием препарата продолжает.

НАБЛЮДЕНИЕ 2

Пациент А.М., 21 год

Наследственность манифестными психозами не отягощена.

Мать, 48 лет. По профессии инженер. На протяжении жизни иногда становилась грустной, плакала, причину слез объяснить мужу и детям не могла. Периодически становилась активной, воодушевленной, внезапно затевала ремонт в одной из комнат в квартире, могла без предупреждения купить всей семье билеты в туристическую поездку. При этом работоспособность никогда не нарушалась.

Отец, 50 лет. По профессии инженер. По характеру спокойный, малообщительный. В решении бытовых вопросов всегда полагался на мнение жены. Проводил много времени с детьми, старался заинтересовать их своей специальностью.

Пациент родился в срок. Беременность и роды у матери протекали нормально. Раннее развитие соответствовало нормам.

Рос подвижным, активным, самостоятельным ребенком. Детский сад посещал с 3 лет. Адаптировался сразу, появились друзья. В компании нередко являлся заводилой, предлагал и организовывал общие игры. С 5 лет посещал занятия по английскому языку, секцию футбола. Заниматься нравилось, схватывал быстро.

В школу с углубленным изучением английского языка пошел вовремя. В коллективе адаптировался быстро, появилась компания друзей, с некоторыми из которых сохраняет дружбу до сих пор. Учеба давалась легко, успевал на отлично. Активно занимался общественной работой: был старостой класса, входил в совет школы. Позднее, в институте был старостой группы. В свободное от учебы время много читал, посещал спортивные секции.

Обладая гиперстенической конституцией, в подростковом возрасте еще прибавил в весе. Не тяготился изменением фигуры, часто подшучивал над своей комплекцией, говорил, что большого человека должно быть много.

С подросткового возраста появился интерес к противоположному полу. Несмотря на незначительную внутреннюю неуверенность, мог подойти и познакомиться с понравившейся девушкой.

В возрасте 16 лет влюбился в девушку из параллельного класса. Чувствовал себя «окрыленным», весь мир казался прекрасным, все люди – замечательными. Избранницу считал «воплощением Любви на Земле». Задаривал ее подарками, старался проводить с ней все свободное время. Успеваемость в тот период не нарушалась, сон и аппетит не изменялись. Такое состояние продолжалось в течение полугода. Как неожиданность воспринял новость о том, что девушка влюблена в другого. По его словам, «мир померк». Настроение резко снизилось. Постоянно обдумывал ситуацию, считал, что не заслужил такого отношения к себе. Слушал грустную музыку о несчастной любви, казалось, что «песни написаны точно про меня». Такое состояние продолжалось в течение



Шизофрения ломает судьбы Это возможно изменить

 **РЕАГИЛА®**

КАРИПАЗИН

Возвращая жизни смысл



ГЕДЕОН РИХТЕР

Здоровье — наша миссия

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

Общая характеристика лекарственного препарата Реагила® РУ: № ЛП-№(001510)-(РГ-РУ) от 06.12.2022. Информация для специалистов здравоохранения. Имеются противопоказания. Перед назначением, пожалуйста, ознакомьтесь с общей характеристикой лекарственного препарата Реагила® РУ: № ЛП-№(001510)-(РГ-РУ) от 06.12.2022. С общей характеристикой можно ознакомиться на сайте <https://portal.eaeunion.org/>

трех месяцев, обошлось самостоятельно, за помощью не обращался.

В 18 лет окончил школу, по результатам ЕГЭ поступил в университет по специальности «переводчик». Воспринял это как личное достижение. Настроение стало приподнятым, хвастался родным и друзьям своими знаниями, чувствовал прилив сил, энергии. Устроился на три места работы. Не чувствовал усталости, оставались силы на общение с друзьями. Мог до середины ночи веселиться в барах, гулять по Москве, после этого с утра легко вставал и шел на работу. Чувствовал, что «энергию надо куда-то девать». За компанию с одним из друзей впервые сделал ставки на тотализаторе. По его словам, испытал «настоящий взрыв эмоций». Не мог остановиться, проигрывал весь свой доход, занимал у друзей. В таком состоянии приступил к учебе на 1 курсе. Постепенно стал ощущать, что сил становится все меньше. Понял, что «устал», постепенно уволился со всех мест работы. Стало сложно заставлять себя посещать университет. Ничего не хотелось делать, выходные проводил в постели, листая новостные ленты и просматривая соцсети. Не было желания общаться с друзьями, часто не отвечал на их сообщения, под разными предлогами избегал совместного времяпрепровождения. С ужасом думал о том, какое количество денег потратил на тотализаторе, не представлял себе, как сможет вернуть долги. Винил себя в неразумном поведении, боялся признаться родителям в тратах, считал себя неудачником. Аппетит снизился, похудел на 5 кг. Такое состояние продолжалось в течение 3 месяцев. С трудом сдал сессию, подумывал о том, чтобы взять академический отпуск.

Постепенно настроение нормализовалось, появился интерес к учебе.

С того времени ежегодно испытывал колебания настроения со сходной клинической картиной. Вне подъемов настроения винил себя в растратах, планировал обращаться к наркологам для «избавления от игровой зависимости».

После окончания третьего курса поехал в летний лагерь со студентами младших курсов. Несколько месяцев участвовал в организации лагеря, чувствовал себя «ответственным», «значимой фигурой». В первые же дни испытал резкий подъем настроения. Практически не спал, суетился, хватался за несколько дел одновременно, но ни одно не мог довести до конца. Чувствовал, что мысли «летят» в голове, не успевал их высказывать. Друзья обратили внимание на ускоренную речь, возбужденное состояние. Постоянно находился в движении, не мог усидеть на месте, заговаривал со всеми, кто попадал в поле зрения, мог на середине разговора оборвать его и устремлялся дальше. Докучал организаторам предложениями об усовершенствовании режима и развлекательных мероприятиях в лагере. Считал, что без музыки днем в лагере скучно, требовал организовать доставку из университета аудиоаппаратуры, обращался по этому вопросу в приемную ректора. Раздражался отсутствием должного внимания к его предложениям. При попытках организаторов успокоить его сердился, начинал кричать, что только он способен адекватно организовать лагерь, «это его призвание и он его исполнит». Одновременно с этим вновь начал ставить деньги на тотализатор, опустошил все свои счета, занял деньги

у друзей и родителей, сославшись на необходимость срочной покупки машины в кредит. В одну из ночей внезапно решил, что нужно организовать празднование дня Ивана Купалы, разделся до трусов, бегал по территории лагеря, призывая всех собираться на центральной площади и разводить костры. Был пойман службой охраны лагеря, фиксирован подручными средствами и доставлен в психиатрическую больницу.

Психическое состояние

Доставлен в больницу службой охраны лагеря в связанном состоянии. Гиперстенического телосложения, повышенного питания. Возбужден, говорит быстро, сбивчиво, громким голосом. Держится без чувства дистанции. Сразу же заявляет, что не согласен на госпитализацию, так как не видит для этого причин.

Начинает рассказывать про свою работу в лагере, называет себя: «энерджайзер», «великий организатор», «человек, думающий на шаг вперед». С раздражением говорит о том, что его заслуги не оценили и потом об этом пожалуют. Перескакивает с одной мысли на другую, отвлекается на входящего в кабинет медбрата, вскакивает, хватается за руки, предлагает показать свою комнату в лагере. Хвалится тем, что может спать по 3-4 часа в день и вставать отдохнувшим. Упоминает о том, что поставил большую сумму на тотализатор: «мне надо было всю энергию куда-то выплеснуть, она меня изнутри разрывала». Не расстроен тем, что проиграл большую сумму денег, уверен, что в следующий раз обязательно выиграет.

После уговоров врачей неохотно соглашается с тем, что «мог немного переутомиться», в конце беседы дает согласие на лечение, но настаивает, что может провести в больнице не более трех дней, так как без него некому будет заниматься организацией «всех процессов» в лагере.

Соматическое состояние

Клинический анализ крови в пределах нормы. Биохимический анализ крови: повышен уровень общего холестерина: 6,5 ммоль/л, повышен уровень глюкозы: 6,0 ммоль/л. Анализы на RW, Hbs-at,-ag, ВИЧ отрицательные. Клинический анализ мочи в пределах нормы. ЭКГ – без патологии.

Заключение терапевта: ожирение 1 степени, гиперлипидемия, нарушение толерантности к глюкозе.

Невропатолог: без патологии.

Окулист: без патологии.

Диагноз: биполярное аффективное расстройство 1 типа, текущий эпизод мании без психотических симптомов.

Лечение: карипразин 1,5 мг в первый день, на следующий день карипразин – 3 мг (утром) + вальпроат натрия 1000 мг, на следующий день 1500 мг. Карипразин назначен (с учетом его метаболической инертности) в связи с манифестацией развернутого маниакального состояния у пациента с избыточной массой тела, гиперхолестеринемией и нарушением толерантности к глюкозе, ранее не получавшего терапии антипсихотиками.

На фоне терапии в течение первых нескольких дней состояние улучшилось. Исчезло возбуждение, стал более упорядоченным, в конце первой недели фон настроения стал значительно ровнее, мышление упорядочилось. Че-

рез две недели от начала терапии фон настроения практически нормализовался, появилась критика к своему состоянию, понимает, что настроение было болезненно приподнятым. Переносимость терапии была хорошей, жалоб на нежелательные явления не предъявлял. Соглашается с необходимостью поддерживающей терапии.

В представленных наблюдениях карипразин (Реагила) позволил купировать острые психотические (депрессивно-бредовое в наблюдении 1 и маниакальное в наблюдении 2) состояния в рамках шизофрении и БАП соответственно. В обоих случаях препарат был назначен пациентам, ранее не получавшим терапию психотропными препаратами. Хорошая переносимость и отсутствие нежелательных явлений сформировали у пациентов положительное отношение к длительному приему антипсихотика, ассоциирующемуся с лучшими клиническими и функциональными результатами и считающемуся мерой действенности препарата, отражающей его эффективность, безопасность и переносимость с точки зрения пациентов и врачей. В наблюдении 1 длительный прием препарата привел к клинически заметному улучшению социального функционирования на фоне редукции негативной симптоматики. В наблюдении 2 благоприятный профиль переносимости карипразина в аспекте метаболических нежелательных явлений сделал возможным его безопасное назначение пациенту с коморбидной соматической патологией.

Таким образом, карипразин может рассматриваться в качестве препарата выбора для больных шизофренией и

БАП-1 с коморбидной соматической патологией, не получавших ранее терапию антипсихотиками.

Список литературы

1. Шмуклер А. Б. Карипразин (реагила) - новый атипичный антипсихотик с уникальным спектром психотропной активности. Социальная и клиническая психиатрия. 2020. №1:110.
2. Иванов С.В., Воронова Е.И. Новейший антипсихотик Карипразин (Реагила): возможности применения на разных этапах терапии шизофрении. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021;121(9):139-144.
3. Tarzian M, Ndrio M, Kaja S, Beason E, Fakoya AO. Cariprazine for Treating Schizophrenia, Mania, Bipolar Depression, and Unipolar Depression: A Review of Its Efficacy. Cureus. 2023 May 21;15(5):e39309.
4. Do A, Keramatian K, Schaffer A, Yatham L. Cariprazine in the Treatment of Bipolar Disorder: Within and Beyond Clinical Trials. Front Psychiatry. 2021 Dec 14;12:769897.
5. Pappa S, Kalniunas A, Maret J. Cariprazine for negative symptoms in early psychosis: a pilot study with a 6-month follow-up. Front Psychiatry. 2023 Jun 22;14:1183912.
6. Медведев В.Э. Карипразин — современный препарат для лечения шизофрении и биполярного расстройства. Современная терапия психических расстройств. – 2022. – № 3. – С.2-10.
7. Горобец Л.Н., Литвинов А.В. К вопросу о применении карипразина у больных с биполярным аффективным расстройством: взгляд психонейроэндокринолога. Современная терапия психических расстройств. – 2022. – № 2. – С. 33–42.

К проблеме диагностики продромальных расстройств шизофрении: клинический случай

А.А. Моритц✉, М.В. Иванов

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. 192019, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3

✉moritzar@mail.ru

Резюме

Диагностика продромального периода шизофрении вызывает в клинической практике много сложностей до настоящего времени, в связи с его неспецифическими проявлениями и труднопредсказуемой траекторией развития. При этом, как известно, стратегия раннего распознавания и терапевтической интервенции в психиатрии является доминирующей. Выявление продрома первого психотического эпизода в перспективе создает возможность вмешательства, которое может не только отсрочить, облегчить, но и даже предотвратить его возникновение. На основе разбора клинического случая в статье обсуждается необходимость анализа психопатологической структуры нетипичных длительных резистентных депрессивных состояний с целью раннего выявления продрома шизофрении и подбора эффективной терапии. В данном примере синдром эндогенной юношеской астенической несостоятельности рассматривается в качестве возможного варианта продромального периода, однако он также может иметь пересечение с аффективными расстройствами в последующей клинической динамике процессуального заболевания.

Ключевые слова: продромальный период шизофрении, шизотипическое расстройство, депрессия, клинический случай.

Для цитирования: А.А. Моритц, М.В. Иванов. К проблеме диагностики продромальных расстройств шизофрении: клинический случай. Психиатрия и психофармакотерапия. 2023; 6: 34–37.

The problem of diagnosis of the prodromal schizophrenia: a clinical case

A.A. Moritz, M.V. Ivanov

FSBI V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology. 192019, Russian Federation, St. Petersburg, Bekhtereva str., 3

✉moritzar@mail.ru

Abstract

Diagnosis of the prodromal period of schizophrenia causes many difficulties in clinical practice to date, due to its nonspecific manifestations and a difficult-to-predict trajectory of development. At the same time, as you know, the strategy of early recognition and therapeutic intervention in psychiatry is dominant. Identifying the prodrome of the first psychotic episode in perspective creates the possibility of an intervention that can not only delay, facilitate, but even prevent its occurrence. Based on the analysis of the clinical case, the article discusses the need to analyze the psychopathological structure of atypical long-term resistant depressive states in order to early detect schizophrenia prodrome and select effective therapy. In this example, endogenous juvenile asthenic insolvency syndrome is considered as a possible variant of the prodromal period, but it may also have an intersection with affective disorders in the subsequent clinical dynamics of the procedural disease.

Keywords: prodromal period of schizophrenia, schizotypal disorder, depression, clinical case.

For citation: A.A. Moritz, M.V. Ivanov. The problem of diagnosis of the prodromal schizophrenia: a clinical case. Psychiatry and psychopharmacotherapy. 2023; 6: 34–37.

Введение

В последние годы распознавание начальной стадии шизофрении с целью раннего вмешательства вызывает большой интерес как в клинической психиатрии, так и в научных исследованиях. Выявление продрома первого психотического эпизода в перспективе создает возможность вмешательства, которое может отсрочить, облегчить или даже предотвратить его возникновение [11]. Однако для успеха раннего вмешательства решающее значение имеет точное определение продрома и его различных стадий. В качестве наиболее распространенных продромальных симптомов при шизофрении выделяют социальную изоляцию, трудности в учебе, странное поведение и депрессивные симптомы [12]. Предполагается, что предикторами высокого риска развития шизофрении являются длительная продолжительность продромальных симптомов, сниженное социальное функционирование, слабо выраженные психотические симптомы, депрессия и дезорганизация [19].

Известно, что негативные симптомы возникают задолго до начала первого психотического эпизода, однако по своим проявлениям они неспецифичны и зачастую пере-

секаются с симптомами депрессии [14]. Важно помнить и то, что биполярное аффективное расстройство может иметь постепенное начало в раннем возрасте, при котором наиболее часто регистрируемыми продромальными симптомами являются раздражительность, нарушения сна, гиперактивность, тревога и субсиндромальные маниакально-депрессивные симптомы [11]. Таким образом, высокая неспецифичность симптомов продромального периода шизофрении приводит к диагностическим сложностям в его раннем выявлении, что препятствует своевременному началу профилактической терапии.

Приведенное ниже описание клинического случая иллюстрирует трудности дифференциальной диагностики длительной резистентной депрессии, продромального периода шизофрении с негативными и когнитивными симптомами и продромального периода биполярного аффективного расстройства. Описание клинического случая было подготовлено в соответствии с рекомендациями CARE [17].

Пациентка Е., 19 лет. Наследственность психопатологически отягощена по линии отца – двоюродная бабушка совершила суицид, и по линии матери – бабушка лечилась

у психиатра по поводу депрессии. Из анамнеза жизни известно, что пациентка родилась в полной семье вторым ребенком из 4 детей. Беременность и роды протекали без особенностей, в срок, естественным путем. Раннее развитие своевременное. Росла спокойным, послушным ребенком, посещала ДДУ. В связи с разводом родителей с 2 до 11 лет проживала в квартире с мамой и братом. В 7 лет пошла в общеобразовательную школу. Проблем с адаптацией в коллективе не было. По характеру была тревожной, боялась опоздать, старалась все делать в срок, стремилась занимать лидирующую позицию в учебе. В свободное от школы время занималась танцами, гуляла с подругами, читала книги, играла в компьютерные игры. С родителями отношения благоприятные.

Впервые ухудшение психического состояния в возрасте 15 лет, когда постепенно снизилось настроение, пропали прежние интересы и желание общаться, ухудшилась память. Испытывала умственную и физическую усталость, перестала получать удовольствие от учебы, прогулок с подругами, уборки и готовки, однако могла получить удовольствие от музыки, еды и компьютерных игр. Аппетит и сон не изменялись. Несмотря на это продолжала учиться, общаться с подругами. Спустя полгода к состоянию присоединились трудности в концентрации внимания, снизилась успеваемость, стала получать «тройки», часто «путалась», испытывала сложности в построении логических связей. Решила, что у нее «эмоциональное выгорание», вычитав об этом в интернете. С целью улучшения состояния занималась спортом, съездила в Санкт-Петербург к родственникам, чтобы «развяться», гуляла по городу, посещала музеи без изменения состояния. Безрезультатно посещала психолога. Обращалась к врачам общепедицинской сети: после обследований у терапевта, эндокринолога, гинеколога, узнавая об отсутствии соматической патологии, расстраивалась, так как хотела, чтобы причина состояния была обнаружена. В течение года состояние медленно ухудшалось, усиливались сложности в обучении, ощущала отсутствие физических сил.

В 16 лет летом впервые обратилась к частному психиатру, месяц принимала венлафаксин и миртазапин без эффекта и побочного действия. Далее месяц принимала флуоксетин 20 мг/сутки, на фоне чего отмечалось уменьшение аппетита без положительного эффекта. В 10 классе в связи с ухудшением состояния в виде усиления слабости, появления мыслей суицидальной направленности, периодически возникающего чувства вины за то, что ничего не может сделать, перешла на домашнее обучение. Учеба давалась легко, решала задания при помощи интернета. В течение года не обращалась к психиатру, перестала общаться с подругами, свободное время проводила за просмотром роликов в интернете.

Летом в 17 лет обратилась к другому психиатру, так как предыдущий психиатр показался недостаточно компетентным: назначались последовательно сертралин 100 мг/сутки в течение 1 недели, при приеме которого отмечалось головокружение, флуоксетин 20 мг/сутки в течение 2 месяцев, далее эсциталопрам 10 мг/сутки 1 месяц, литий 300 мг/сутки 1,5 месяца. Положительного эффекта от проводимой терапии не было. Сохранялась вышеописанная симптоматика, несмотря на это самостоятельно

готовилась к ЕГЭ, продолжала учиться. На фоне терапии литием зимой совершила суицидальную попытку, предварительно прочитав в интернете, что надо выпить метоклопрамид, чтобы не стошнило. Выпила 5 таблеток карбоната лития и 1 таблетку метоклопрамида, после чего «всю ночь рвало». За медицинской помощью по этому поводу не обращалась. Спустя 3 месяца продумала план суицида с использованием анестетика. В качестве проверки плана предварительно выполнила себе инъекцию лидокаина в плечо и нанесла глубокий порез до подкожной жировой клетчатки с целью проверить, насколько сильно действует анестезия. Выяснив, что лидокаин недостаточно обезболит, решила не реализовывать полный план суицида. По этому поводу за помощью не обращалась, самостоятельно перебинтовала руку. С этого же времени, с целью избавиться от чувства вины, стала в течение года практически ежедневно наносить себе неглубокие самопорезы в области плеч и бедер. С февраля в течение 6 месяцев принимала ламотриджин 100 мг/сутки и флуоксетин 40 мг/сутки, на фоне чего отмечалось головокружение, дважды падала в обморок. Терапия была заменена на атомоксетин 40 мг/сутки, на фоне которого отмечалось снижение аппетита, похудела на 6 кг. Положительного эффекта от терапии не отмечалось.

В 18 лет сдала ЕГЭ на средние баллы. Передумала поступать на юриста, так как заинтересовалась психологией. В течение этого года на онлайн-курсах готовилась к сдаче ЕГЭ для поступления на психолога. Со слов, могла учиться лишь по часу в день, после чего утомлялась, остальное время проводила за просмотром роликов в интернете. С мая по июнь испытывала тревогу в связи с грядущими экзаменами, была госпитализирована в психиатрический стационар. За период госпитализации (75 дней) назначалась курсовая терапия амитриптилином (в/в) до 100 мг/сутки (24.05-08.06), пирацетамом 10,0 в/в (25.05-03.06), карбамазепином до 200 мг/сутки (25.05-06.07), пароксетином до 20 мг/сутки (25.05-01.06), винпоцетином до 15 мг/сутки (25.05-.08.06), кветиапином до 400 мг/сутки (25.05-31.07), амисульпридом до 400 мг/сутки (2.08-6.08), рисперидоном до 4 мг/сутки (19.06-10.07), карипразином до 3 мг/сутки (10.07-31.07). Во время госпитализации тревога снизилась, пересдала ЕГЭ на средние баллы, при этом по обществу набрала больше баллов, чем в первый раз. После выписки была рекомендована терапия амитриптилином 75 мг/сутки, амисульпридом 400 мг/сутки, карбамазепином 200 мг/сутки. В связи с сохранявшимся неудовлетворительным психическим состоянием прекратила прием назначенной терапии, состояние значимо не изменилось. Поступила в Белгородский ГУ на психолога на бюджет. Неделю посещала занятия в университете, отмечала трудности в обучении. В связи с чем была госпитализирована в НМИЦ ПН им. И.М. Бехтерева.

Гинекологический статус: менархе с 12 лет, менструальный цикл нерегулярный (1,5-2 мес.), беременностей 0. Соматический статус без патологии, травм и операций не было. Лабораторные показатели в пределах нормы. Наркологический анамнез: употребление алкоголя и наркотических средств отрицает.

Психический статус на момент поступления:

Сознание ясное, ориентирована всесторонне верно. Эмоционально невыразительна, мимически сглажена. Голос слабо модулированный, речь монотонная. Темп речи нормальный. В беседе на вопросы отвечает в плане заданного, подробно рассказывает о своем состоянии. Во время беседы периодически оживляется, улыбается, объясняя это тем, что «нервничает». Улыбается при рассказе о попытке суицида.

Предъявляет жалобы на сниженное настроение, сниженную побудительную активность, сложности в концентрации внимания, нарушения памяти, сложности в запоминании, снижение энергии, отсутствие удовольствия и радости в жизни, отсутствие интереса к общению с людьми. Высказывает идеи несостоятельности, бесперспективности будущего. Сообщает, что «тяжело думать», сложно строить логические цепочки. Жалуется на нарушения памяти, при этом без труда вспоминает принимаемые ранее препараты, их дозировки и длительность терапии. Не верит в перспективы излечения от заболевания. Высказывает мысли, что, возможно, страдает от еще не открытого вида депрессии. Сообщает, что за последние 4 года стала замкнутой. Признается в наличии мыслей суицидальной направленности, без тенденции к их реализации. Аппетит и сон не нарушены. Наличие обманов восприятия отрицает, бредовых идей активно не высказывает. Мышление без грубых структурных нарушений. Критика частичная.

План лечения и динамика состояния:

Была назначена курсовая терапия – кломипрамин в.с.д. 75 мг/сутки, трифлуоперазин в.с.д. 10 мг/сутки. Проведено 9 сеансов электросудорожной терапии. На фоне терапии непродолжительно отмечала некоторое улучшение настроения, отсутствие суицидальных мыслей, с сохранением когнитивных жалоб.

Обсуждение и выводы:

Как следует из приведенного описания клинической картины, психическое состояние пациентки определяется фасадными депрессивными проявлениями с преобладанием нарушений в идеаторной и когнитивной сферах в виде гипотимии, ангедонии, анергии, астении, сложности в концентрации внимания и нарушений памяти. Вместе с тем обращает на себя внимание несоответствие субъективных жалоб объективному рисунку поведения, отсутствии идеаторной, моторной заторможенности, а также витальных симптомов, нарушения аппетита и сна.

Начало заболевания следует отнести к 15-летнему возрасту, когда постепенно развились проявления депрессивного круга с доминированием в психическом статусе больной когнитивного и астенического компонентов. В последующей клинической картине отчетливо представлено 4-летнее континуальное течение, характеризовавшееся проявлениями сниженного аффекта по типу unlust, монотонностью симптомов, отсутствием ответа на проводимую терапию, и наличием суицидальных тенденций с попытками их реализации. Учитывая раннее начало аффективных нарушений, можно предположить биполярное аффективное расстройство, однако на всем протяжении заболевания у пациентки регистрировались признаки атипичной депрессии при отсутствии периодов ремиссии

или как минимум какого-либо улучшения состояния, а также элементов раздражительности, как и данных о наличии расстройств маниакального (гипоманиакального) ряда. Стоит отметить и то, что все суицидальные попытки и период аутоагрессии не имели импульсивный характер, что также может говорить не в пользу аффективных и личностных расстройств [11].

Оценивая состояние больной, необходимо провести дифференциальную диагностику между депрессивными симптомами в рамках аффективного расстройства и негативными симптомами в рамках продрома шизофрении. В пользу наличия негативных симптомов говорит длительное непрерывное течение симптоматики с постепенным нарастанием ее выраженности, преобладанием негативной аффективности (ангедония, апатия, анергия), тенденция к социальной отгороженности и отсутствие каких-либо периодов улучшения состояния [4, 5, 10].

При описании вариантов продромальной фазы шизофрении J. Klosterkötter et al. (2001) [13] отмечают, что наиболее часто выявлялся «субсиндром адинамии», в котором просматривались симптомы депрессии ангедонии, а также стремление к социальной изоляции и неспецифические расстройства концентрации внимания, нарушения мышления и памяти, что имеет свое отражение в данном клиническом случае. При этом, как отмечают авторы, при наличии этих признаков в 92% случаев в дальнейшем подтверждалась высокая чувствительность к появлению шизофрении.

В жалобах пациентки преобладают когнитивные нарушения в виде нарушения внимания и памяти, при этом у пациентки, несмотря на субъективно выраженные симптомы, не подтверждается их наличие объективно: успешно выполняет тесты на память и внимание, способна вспомнить в процессе клинического интервью все принимаемые ранее дозировки препаратов, успешно сдала ЕГЭ. Подобные явления обсуждаются в качестве критериев ранней диагностики шизофрении, когда когнитивные нарушения могут субъективно ощущаться пациентами задолго до того, как признаки установленного заболевания проявятся открыто [8].

На основании вышесказанного был установлен диагноз «шизотипическое расстройство».

В качестве одного из вариантов продромального периода шизофрении, так называемого «предвестника шизофрении», J. Glatzel и G. Huber (1968) [9] описали сходные по клиническому течению состояния как синдром эндогенной юношеской астенической несостоятельности (ЮАН), который, по их данным, обычно начинается в 16 лет и имеет континуальное течение. В этом состоянии больные предъявляют жалобы на «интеллектуальную несостоятельность, невозможность сосредоточиться, сформулировать мысль», которые носят субъективный характер. Как отмечают авторы, синдром ЮАН проявляется «адинанией, ангедонией, астенией и преобладанием когнитивных расстройств в форме трудностей с запоминанием и пониманием проблем при отсутствии явных нарушений настроения и двигательной заторможенности». Описанное состояние считается довольно распространенным вариантом в популяции юношеских эндогенных депрессий [2, 7]. Один из вариантов данного синдрома предположительно имеется у описанной больной.

Однако в данном случае нельзя однозначно определить нозологическую принадлежность синдрома и прогноз, так как, по данным И.В. Олейчика (2011) [6], эндогенные депрессии с картиной ЮАН нозологически неоднородны, в целом имеют благоприятный прогноз и могут наблюдаться в рамках аффективного заболевания – 40%; атипичного пубертатного шизофренического приступа – 28%; шизотипического расстройства – 32%. В представлениях одних исследователей [2, 18] эти состояния рассматриваются как нетипичные астенопатические депрессии в рамках аффективного заболевания или шизофрении. Другие авторы однозначно относят их к расстройствам шизофренического спектра, так как считают, что в их основе лежат расстройства мышления [1, 3, 9].

Представленный случай указывает на необходимость более детального изучения в динамике клинико-психопатологических особенностей длительных депрессивных состояний с целью выявления среди них специфических для продрома шизофрении проявлений. Возникающие в этом случае сложности приводят к неправильной постановке диагноза на раннем этапе и безуспешной терапии, что рассматривается как псевдорезистентность. Таким образом, продромальный период шизофрении имеет динамичный характер, труднопредсказуемую траекторию развития и проявляется весьма неспецифическими симптомами [15, 16].

Список литературы

- Барзах Е.Н. Юношеские астенические состояния несостоятельности в клинике малопрогрессирующей шизофрении // Ранняя реабилитация психически больных / Сб. научн. тр. ЛНИПНИ им. В.М. Бехтерева. Л., 1984. С. 130-135.
- Владимирова Т.В. Юношеские депрессии (диагностика, типология и вопросы прогноза) // Дисс. канд. мед. наук. М., 1987. 284 с.
- Мазаева Н.А. О клинических особенностях начальных проявлений малопрогрессирующей шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии. 1981. №5. С. 709-714.
- Мосолов С.Н., Ялтонская П.А. Развитие концепции, классификация и клиническая дифференциация негативных симптомов при шизофрении // Современная терапия психических расстройств. 2020. №1. С. 2-14. doi: 10.21265/PSYRN.2020.15.30.001
- Незнанов Н.Г., Иванов М.В. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. М., 2021. 320 с.
- Олейчик И.В. Психопатология, типология и нозологическая оценка юношеских эндогенных депрессий (клинико-катамнестическое исследование) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011;111(2):10-18.
- Северный А.А. Клинико-психопатологический анализ так называемой "юношеской астенической несостоятельности" // Журнал невропатологии и психиатрии. 1985. №11. С. 1674-1680.
- Chapman J. The early symptoms of schizophrenia. Br J Psychiatry. 1966 Mar;112(484):225-51. doi: 10.1192/bjp.112.484.225
- Glatzel J., Huber G. Zur Phänomenologie eines Typs endogener juveniler Versagenssyndrome. Psychiatr. Clin. 1968; 1(1):15-31
- Horan W.P., Blanchard J.J., Clark L.A., Green M.F. Affective Traits in Schizophrenia and Schizotypy. Schizophrenia Bulletin. 2008 Jul;34(5):856-874. doi:10.1093/schbul/sbn083
- Kafali H., Bildik T., Bora E., Yuncu Z., Erermis H. Distinguishing prodromal stage of bipolar disorder and early onset schizophrenia spectrum disorders during adolescence. Psychiatry Res. 2019 May;275:315-325. doi:10.1016/j.psychres.2019.03.051
- Keshavan M.S., DeLisi L.E., Seidman L.J. Early and broadly defined psychosis risk mental states. Schizophrenia Res. 2011 Nov;126(1-3):1-10. doi: 10.1016/j.schres.2010.10.006.
- Klosterkötter J., Hellmich M., Steinmeyer E.M., Schultze-Lutter F. Diagnosing Schizophrenia in the Initial Prodromal Phase. Archives of General Psychiatry. 2001 Feb;58(2),158-64. doi: 10.1001/archpsyc.58.2.158
- Krynicky C.R., Uptegrove R., Deakin J.F.W., Barnes T.R.E. The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2018 May;137(5):380-390. doi:10.1111/acps.12873
- Lee T.Y., Lee J., Kim M., Choe E., Kwon J.S. Can we predict psychosis outside the clinical high-risk state? A systematic review of non-psychotic risk syndromes for mental disorders. Schizophr. Res. 2018 Feb;44(2):276-285. doi: 10.1093/schbul/sbx173.
- McGorry P.D., Hartmann J.A., Spooner R., Nelson B. Beyond the "at risk mental state" concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. World Psychiatry. 2018 Jun;17(2):133-142. doi: 10.1002/wps.20514.
- Riley D.S., Barber M.S., Kienle G.S., et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. J Clin Epidemiol. 2017 May;89:218-235. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.04.026
- Tancer M.E., Brown T.M., Evans D.L., et al. Impaired effortful cognition in depression. Psychiatry Res. 1990 Feb;31(2):161-168. doi: 10.1016/0165-1781(90)90118-o
- Yung A.R., Phillips L.J., Yuen H.P., et al. Psychosis prediction: 12-Month follow up of a high-risk ("prodromal") group. Schizophrenia Res. 2003 Mar;60(1):21-32 doi: 10.1016/S0920-9964(02)00167-6

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflicts of interest.

Сведения об авторах:

Моритц Арслан Ахмедович – клинический ординатор института ПДО ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева». E-mail: moritzar@mail.com

Иванов Михаил Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения биологической терапии психически больных ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева». E-mail: profmikhailivanov@gmail.com

От редакции

В опубликованной статье Маслова К.А. «Инъекционные антипсихотические препараты пролонгированного действия в России, в современной клинической практике врача-психиатра. Вопросы прикладного практического применения» в ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ Том 25, №4, 2023, 21-27, на странице 26 в таблице 9 была допущена опечатка, правильный текст «Разрешенный возраст применения для галоперидола-деканата – с 18 лет, а флуфеназина-деканата – с 12 лет». Редакция приносит свои извинения автору и читателям за допущенную ошибку.

Понятие адаптации и «жизненных стратегий» в эволюционной психиатрии и психологии

Н.Ю. Пятницкий, Л.И. Абрамова

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Резюме

В статье анализируется понимание адаптации и «причинности» психических и поведенческих симптомов в современной эволюционной психиатрии и психологии, отличное от такового в традиционной психиатрии и психологии. Черты, способствующие репродуктивному успеху, называются в эволюционной психологии и психиатрии адаптивными, уменьшающие репродуктивный успех – дезадаптивными. Если черта не влияет на репродуктивный успех, она рассматривается как нейтральная. Адаптивная черта должна вносить позитивный вклад в «инклюзивную» приспособленность организма; в традиционной психиатрии и психологии адаптивными считаются черты, способствующие здоровью, безопасности, кооперации индивидуумов, а социально нежелательные черты рассматриваются как дезадаптивные. Логика естественного отбора предпочитает счастью (и даже здоровью) репродуктивную успешность. Биологически адаптивные черты могут быть социально нежелательны, а черты, вредящие здоровью, могут селекционироваться, поскольку оказываются связаны с увеличенной репродуктивностью. Представлена попытка новой систематики психологических типов и личностных расстройств, в основу которой положены принципы «быстрых» и «медленных» жизненных стратегий, восходящие к описанным R.H. MacArthur и E.O. Wilson популяционным r- и K-стратегиям. Обсуждается ряд психических расстройств, причиной которых эволюционная психиатрия и психология считает «эволюционное несоответствие»: встречу уже сформировавшегося психологического механизма с новым средовым контекстом, до этого не встречавшимся в эволюционной истории индивидуума.

Ключевые слова: адаптация, инклюзивная приспособленность, «быстрые» и «медленные» стратегии, типология расстройств личности, эволюционная психология, эволюционная психиатрия.

Для цитирования: Н.Ю. Пятницкий, Л.И. Абрамова. Понятие адаптации и «жизненных стратегий» в эволюционной психиатрии и психологии. Психиатрия и психофармакотерапия. 2023; 6: 38–45.

The concept of adaptation and life “strategies” in evolutionary psychiatry and psychology

N.Yu. Pyatnitskiy, L.I. Abramova

FSBSI «Mental Health Research Center», Moscow, Russia

Abstract

The article analyzes the understanding of adaptation and “causality” of mental and behavioral symptoms in modern evolutionary psychiatry and psychology, which is different from that in traditional psychiatry and psychology. Traits that promote reproductive success (fitness) are called adaptive in evolutionary psychology and psychiatry, and those that reduce reproductive success are called maladaptive. If a trait has no effect on reproductive success, it is considered neutral. An adaptive trait must make a positive contribution to the organism’s “inclusive” fitness; in traditional psychiatry and psychology, traits that promote the health, safety, and cooperation of individuals are considered adaptive, while socially undesirable traits are considered maladaptive. The logic of natural selection favors reproductive success over happiness (and even health). Biological adaptive traits may be socially undesirable, and traits that are detrimental to health may be selected for because they are associated with increased reproduction. An attempt at a new taxonomy of psychological types and personality disorders is presented, which is based on the principles of “fast” and “slow” life strategies, going back to those described by R.H. MacArthur and E.O. Wilson by population r- and K-strategies. A number of mental disorders are discussed, the cause of which evolutionary psychiatry and psychology considers “evolutionary incongruity”: a meeting of an already formed psychological mechanism with a new environmental context, previously not encountered in the evolutionary history of the individual.

Key words: adaptation, inclusive fitness, “fast” and “slow” strategies, typology of personality disorders, evolutionary psychology, evolutionary psychiatry.

For citation: N.Yu. Pyatnitskiy, L.I. Abramova. The concept of adaptation and life “strategies” in evolutionary psychiatry and psychology. Psychiatry and psychopharmacotherapy. 2023; 6: 38–45.

Эволюционное направление в психиатрии представляет собой одну из самых «молодых» школ мысли. Хотя современная биология уже не представима без эволюционного учения Чарльза Дарвина, существенно позднее его принятия и распространения в биологии эволюционное учение стало использоваться в психологии и соматической медицине, и лишь вслед за этими дисциплинами нашло применение в психиатрии. Основные положения эволюционного учения Чарльза Дарвина о механизмах действия естественного и полового отбора и направлениях эволюции, изложенные великим натуралистом в трех работах: «Происхождение видов путем естественного отбора» [1], «Происхождение человека и половой отбор» [2] и «Выражение эмоций у человека и животных» [3], с точки зрения их потенциального значения для интерпретации психических расстройств человека представлены в предыдущем цикле статей [4-7]. Отметим лишь, что Чарльз

Дарвин еще не знал менделевских законов генетики и придерживался во всех трех монографиях положения своего предшественника в теории эволюции Ж.-Б. Ламарка [8, 9] о том, что приобретенные привычки наследуются. При том, что эволюционное учение об инстинктах было создано Дарвином уже в первой монографии – «Происхождение видов» [1], к понятию «рефлекса» он обратился лишь в третьей монографии – «Выражение эмоций у человека и животных» [3], уже после публикации монографии русского физиолога И.М. Сеченова «Рефлексы головного мозга» [10], с которой, по-видимому, знаком и не был, что, впрочем, дает заслуженное основание отечественным психиатрам-эволюционистам относить И.М. Сеченова, увидевшего в «психических рефлексах» исчерпывающую основу психической жизни человека, к пионерам «этологического» подхода¹ в отечественной науке. Также, если в первой монографии («Происхождение видов» [1]) Дарвин

¹ Хотя некоторые зарубежные и отечественные специалисты [11, 12] разделяют эволюционный, этологический, социобиологический подходы в психологии и психиатрии, в настоящей статье мы объединяем их, исходя из того, что все они базируются на эволюционном учении Чарльза Дарвина.

отмечал, что множество «лучше других приспособленных» особей могут гибнуть в результате «случайных причин», когда под влиянием изменения ситуации естественный отбор теряет свою силу, в последующих работах Чарлз Дарвин уже к этому положению не возвращался, сохранив лишь тезис о «выживании наиболее приспособленных» в результате естественного отбора, конечной целью которого предполагалось «оставить наиболее многочисленное потомство».

Благодаря работам С.С. Четверикова² [13], J.V. Haldane [14], R. Fischer [15], S. Wright [16], в первой половине XX века была основана эволюционная и популяционная генетика. Вместо понятия «репродуктивной готовности», или «репродуктивной приспособленности», Чарлза Дарвина (reproductive fitness³) W.D. Hamilton⁴ [17, 18] ввел понятие «инклюзивной готовности», или «инклюзивной приспособленности» (inclusive fitness), посредством которого было предложено объяснение такому поведению животных и человека, которое затруднялась объяснить теория Дарвина, а именно: альтруизму и самопожертвованию. Так, например, Дарвин [2] утверждал, с одной стороны, что «те сообщества, которые имели наибольшее число сочувствующих друг другу членов, должны были процветать и оставлять после себя большее число потомков», отмечая при этом, что «нас заставляет помогать другому надежда, что нам оплатят тем же», и что, с другой стороны, люди, «добровольно рискующие жизнью ради других, и гибнут в большем количестве», и не оставляют потомков, так что естественный отбор не может увеличить их числа. W.D. Hamilton [17, 18] предложил объяснение поддержания в поколениях феномена «альтруизма» тем, что человек стремится не столь воспроизвести себя в потомстве («репродуктивная приспособленность» Дарвина), сколько к передаче своих генов как таковых («инклюзивная приспособленность»), а точнее – к «трансмиссии генов, способствующих борьбе за выживание» [11]. Так, например, человек, живущий отшельником и отказавшийся от репродукции, или добровольно уходящий из жизни, оставляет «пространство и ресурсы» своим родственникам, разделяющим с ним часть его генов [19, 20]. Концепцию W.D. Hamilton [17, 18] в эволюционной психологии называют концепцией «ограниченного эгоистического соревновательного поведения с возможностью ограниченного самопожертвования» [21], при этом, по сути, она является математическим выражением идей Дарвина с учетом поправки на прогресс знаний в области механизмов наследования. Согласно математической модели W.D. Hamilton, усредненная «инклюзивная приспособленность» в популяции всегда будет увеличиваться. Адаптивность поведения или черты характера оцениваются в смысле увеличения «инклюзивной» приспособленности индивидуума. Поскольку в модели W.D. Hamilton [17, 18], в основу которой положены, прежде всего, наблюдения над перепончатокрылыми социальными насекомыми (пчелы, осы, муравьи), поведение определяется строго генотипом, то никто, по его расчетам, не будет жертвовать своей жизнью за другого отдельного индивидуума, но каждый будет

жертвовать ею при возможности спасти своей жертвой больше двух родных братьев, или четырех сводных братьев, или восьми двоюродных, т.е. биологический альтруизм может развиваться лишь при наличии генетической связи между индивидуумами. С одной стороны, поведение, при котором от близких родственников берется слишком много, не будет передаваться последующим поколениям, с другой стороны – и альтруистические черты не будут сохраняться при простом естественном отборе.

Инклюзивная приспособленность увеличивается двумя путями – собственным «репродуктивным успехом» («прямая» приспособленность) и обеспечением возрастания числа генетически подобных индивидуумов («непрямая» приспособленность [21]). При этом принимается, что генетическая связь между случайно выбранными в популяции индивидуумами $r = 0$, у клонов $r = 1$; коэффициент генетической связи может быть даже негативным, если второй индивидуум генетически менее связан с первым по сравнению со случайно выбранным в популяции. Согласно «правилу Hamilton'a», поведение проходит отбор, если слагаемое его действия на индивидуальную приспособленность (M) и на приспособленность «родственного реципиента» (r N) является позитивным: $M + r N > 0$. В случае альтруистического поведения поведение альтруиста по определению подразумевает «издержки» (costs): лишение или уменьшение индивидуальной приспособленности и «выгоду» (benefit) для реципиента. Альтруизм проходит отбор, если выгода реципиента, с учетом степени генетической связи с носителем альтруистического поведения, превышает «издержки», или потери, понесенные альтруистом. Правило Hamilton в приложении к 4 основным типам социальных интеракций: «кооперации» (взаимовыгодному обмену), «эгоизму» («выгода» у протагониста и «потеря» у реципиента поведения), «альтруизму» (потеря у протагониста для обеспечения выгоды реципиента), «вредоносности» (протагонист идет на собственные «потери» для нанесения «потери» реципиенту) – подразумевает, что кооперация и эгоизм развиваются при любом характере родственных связей, альтруизм – только при позитивной родственной связи протагониста и реципиента поведения, а вредоносность – при негативной родственной связи [21].

Помимо теории «инклюзивной приспособленности» для объяснения развития кооперации и альтруизма в человеческих сообществах привлекается и теория «групповой селекции» [22-25], согласно которой соревнование за репродукцию происходит симультанно на двух уровнях: между различными группами, рассеянными в широкой популяции, и между индивидуумами внутри этих групп, соревнование между индивидуумами поощряет эгоизм, между группами – альтруизм. При этом теория «групповой селекции» имеет и своих противников [11].

В то время как адаптационные черты являются продуктом эволюции, не всякая характеристика организма автоматически является адаптивной. В популяции черты могут фиксироваться благодаря «дрейфу» – процессу, в котором нейтральные или даже разрушительные характери-

² В СССР работы С.С. Четверикова 1920-х годов, как и других эволюционных генетиков, были подвергнуты запрету и на десятилетия преданы забвению.

³ Хотя во многих работах англ. «fitness» переводится на русский как «приспособленность», по значению они не полностью синонимичны.

⁴ Британский биолог W.D. Hamilton, как и российский С.С. Четвериков, был энтологом.

стики становятся преобладающими благодаря случайным флюктуациям в их частоте. Еще одна возможность распространения нейтральной или дезадаптивной черты – «путешествие автостопом» на другой («hitchhiking») [21], являющейся результатом позитивного естественного отбора, за счет их генетической связи. Кроме того, многие черты сами по себе являются не «адаптацией», а побочными продуктами других «адаптаций». Так, например, подбородок человека и белый цвет его костей эволюционные психологи [21] приводят как пример «нефункциональных побочных продуктов» естественного отбора. Следует отметить, что еще Чарльз Дарвин отмечал большую сложность в интерпретации значения каких-либо морфологических признаков животных с точки зрения естественного или полового отбора.

Присуждение Нобелевской премии в 1973 г. за работы в области биологии поведения К. Lorenz, N. Tinbergen и К. von Frisch способствовали внедрению этологического (или эволюционного) подхода в психологию и психиатрию [26]. Биолог-эволюционист конца второй половины XX века Е. Мауг [27] говорил о модели причинности, состоящей из «трех элементов»: 1) объяснения прошедших событий, или причинности *a posteriori*; 2) предсказании будущих событий; 3) интерпретации телеологических, или «направленных на цель», феноменов. При этом Е. Мауг подчеркивал, что причинность в биологии далека от причинности в классической механике. Биологические феномены, в отличие от «классических» механических, плохо предсказуемы, и могут быть поняты только с учетом их «эволюционной» причинности. Так и этолог Н. Tinbergen [28] подчеркивал важность выяснения «телеологии»⁵ поведенческих феноменов, т.е. того, почему они существуют в такой форме и для чего существуют вообще, в последующем психиатры-эволюционисты стали отделять «конечные», «эволюционные» причины («для чего») – с акцентом на филогенезе со сравнением развития и значения аналогичной биологической системы у других видов и выяснением обеспечиваемых этой системой или поведением преимуществ в адаптации, от «проксимальных» («как работает» и «как развилось» это свойство организма в течении его жизни – с акцентом на изучении онтогенеза) [21, 30].

Эволюционная модель причинности стала внедряться в область психологии несколько раньше, чем в психиатрию. В эволюционной теории в настоящее время предполагается, что один и тот же эволюционный процесс, создающий адаптивное функционирование организма, создает и его дезадаптацию [31]. Психопатологические феномены в эволюционной психиатрии и психологии рассматриваются в рамках континуального перехода от нормы к патологии⁶, при этом всегда (за исключением некоторых особых шизофренических симптомов) предполагается существование нормального аналога для любого психиатрического симптома, объяснимого с точки зрения его целесообразности по теории естественного отбора. В обычном подходе психологии и психиатрии фокус исследования концентрируется на «ближайшем» (proximate) уровне анализа.

Эволюционный подход делает следующий шаг – ставит вопрос об адаптации, который Ch. Darwin [1, 2] редуцировал до вопроса о репродукции. Естественный отбор, по Ch. Darwin, происходит в условиях, когда ресурсы ограничены (что делает неограниченное размножение невозможным), индивидуумы отличаются друг от друга по поведенческим и морфологическим свойствам, т.е. по фенотипу, и по меньшей мере некоторые фенотипические черты коррелируют с индивидуальной способностью успешной репродукции – обеспечением большего числа потомков в последующем поколении. Такие черты отбираются и становятся более распространенными. Черты, способствующие репродуктивному успеху (fitness), называются в эволюционной психологии и психиатрии адаптивными, уменьшающие репродуктивный успех – дезадаптивными [21, 30]. Если черта не влияет на репродуктивный успех, она рассматривается как нейтральная. Основа измерения дарвиновского репродуктивного успеха – «репродуктивный успех индивидуума в течение жизни», т.е. общее число его потомков, доживающих до зрелости. При этом, как полагают некоторые «эволюционисты» [21], выживание без репродукции является тупиком эволюции, независимо от того, насколько хорошо организм способен выживать, поскольку все его адаптационные возможности не передадутся следующему поколению и исчезнут.

При эволюционном подходе понятия адаптивный/дезадаптивный по отношению к поведенческим свойствам индивидуума имеют иное значение, нежели в традиционной психиатрии, а именно: адаптивная черта должна вносить позитивный вклад в инклюзивную приспособленность организма; в традиционной психиатрии и психологии адаптивными считаются черты, способствующие здоровью, безопасности, кооперации индивидуумов, а социально нежелательные черты рассматриваются как дезадаптивные. Логика естественного отбора предпочитает счастью (и даже здоровью) репродуктивную успешность. Биологические адаптивные черты могут быть социально нежелательны, а черты, вредящие здоровью, могут селекционироваться, поскольку оказываются связаны с увеличенной репродуктивностью.

Кооперация и даже альтруизм в близкородственных связях по модели W.D. Hamilton [11, 12], приложимой к живым организмам «от микроба до человека» [37], в дальнейших исследованиях продемонстрировали в большинстве социальных отношений «сосуществование с конфликтом» [37], причем особо распространенным типом эволюционного конфликта явился конфликт «родителей и детей» [38, 39], обычно концентрирующийся вокруг оптимального распределения «ресурсов» среди детей. При этом до сих пор остается неясным, как взаимодействуют психологические механизмы для продукции гибкого, адаптивного поведения. Либо «компоненты психики» устроены по «иерархической» структуре [40, 41], в которой механизмы высшего уровня «мониторингуют» активность подлежащих нижних, либо – по «модульной» структуре [42, 43], при которой разнообразные механизмы работают параллельно и соревнуются за контроль над поведением [44].

⁵ Следует отметить, что «телеологический» аспект причинности восходит к выделяемой еще Аристотелем [29] в «Метафизике» целеполагающей причине («для чего»), стремящейся к благу.

⁶ Из психиатров начала XX века, задолго до внедрения эволюционного подхода, «континуалистами» в отношении большинства шизофренических симптомов являлись E. Kretschmer [32] и E. Bleuler [33]; идеи «континуальности» психических и психопатологических феноменов были близки и крупнейшим представителям психоаналитических течений (S. Freud [34], K.G. Jung [35], A. Adler [36]).

Существование ряда девиаций, несмотря на усилия эволюционного подхода, остается загадкой. Так, например, несмотря на то, что гомосексуальное поведение широко распространено среди различных видов животных [45], существование «эксклюзивной» гомосексуальности у человека с ее драматическим влиянием на репродукцию и фертильность остается необъяснимым, при том что были предложены спекулятивные эволюционные теории вклада гомосексуальности в повышение «инклюзивной» приспособленности: либо за счет «вложения ресурсов» в других членов семьи, либо за счет снижения интенсивности «брачного соперничества» среди сибсов [46]. Другой попыткой эволюционного объяснения «эксклюзивного» гомосексуализма были указания на то, что те же генетические факторы, которые предрасполагают некоторых людей к гомосексуальности, могут увеличивать репродуктивный успех их гетеросексуальных родственников (гипотеза о том, что аллели, предрасполагающие к гомосексуальности у мужчин, способствуют успеху в поисках партнера у их гетеросексуальных родственниц-женщин [47]).

Эволюционисты не отрицают, что личностные черты лишь в 50% случаев являются наследуемыми (как у людей, так и у животных), но подчеркивают, что вариации в личностных чертах являются «высокополигенными»: за индивидуальные различия отвечают сотни и тысячи генов. Так, например, согласно теории «дифференцированной подверженности» [21], существуют индивидуумы, проявляющие очень мало агрессивности независимо от среды, в которой растут и находятся, в то время как индивидуумы с другим генотипом становятся высокоагрессивными, если переживали ситуации насилия со сверстниками; так и в семье одни дети могут быть «рефрактерными» к влиянию поведения родителей, другие – нет. Кроме того, существуют различные сенситивные периоды в жизни индивидуума. У детей избегание и тревога оказываются высокопредсказуемы по поведению родителей и стилю привязанности (affiliation), демонстрируя небольшое генетическое влияние. Напротив, у молодых взрослых избегание и тревога в 40% случаев наследуемы и только слабо соотносятся со стилями привязанности [48].

Одной из самых современных и интенсивно развивающихся, но спорных концепций эволюционной психологии и психиатрии, затрагивающих проблему адаптации, является теория «историй жизни» (life histories) [21], восходящая к идеям эволюционного генетика Th. Dobzhansky [49], выдвинувшего гипотезу о том, что смертность обитателей умеренных и арктических зон, где виды животных и растений отличаются небольшим разнообразием и монотонностью, относительно независима от плотности их популяции и обуславливается значительными воздействиями окружающей среды (так, например, в тундре выживаемость организмов обеспечивается малым количеством факторов: например, их морозостойкостью). Из-за смертности, относительно независимой от многообразия индивидуальных характеристик (П.И. Кропоткин [50] даже подчеркивал, что в суровых климатических условиях животные, борясь с тяжелыми средовыми воздействиями, проявляют не конкуренцию, а взаимопомощь по отноше-

нию к друг другу), родители обеспечивают свой репродуктивный успех, производя потомков в большом количестве. Впоследствии R.H. MacArthur и E.O. Wilson [51], создав математическую модель популяционных стратегий заселения островов («теория островной биогеографии»), назвали стратегию «повышенной фертильности» [49] «г-селекцией». Согласно их модели, при условиях неизменной окружающей среды гены, обеспечивающие высокий r (показатель, означающий, по сути, разницу в популяции между рождениями и смертями), будут быстрее распространяться и станут доминирующими в островной популяции [51]. В тропиках же, по теории Th. Dobzhansky [49], виды интенсивнее соперничают между собой, нежели борются с окружающей средой. Среда тропиков производит большее количество эволюционных «вызовов», чем среда холодных стран. На физическое воздействие организмы отвечают простыми физиологическими модификациями и «тупиковыми ветвями эволюции», а относительно «мягкие» условия в тропической среде обитания, переполненной чрезвычайно многообразными растительными и животными организмами, ведут к такой конкуренции между ними, которая обеспечивает больше адаптивных возможностей, различных усовершенствований и «прогрессивный эволюционный процесс»: «чем более разнообразен состав живых организмов, населяющий определенный ареал, тем больше адаптивных возможностей и различных «специализаций» в нем существует» [49]. В математической модели R.H. MacArthur, E.O. Wilson [51] в образовании такой популяции разница между успехом и неудачей обуславливается производством не большего количества потомства, а его небольшого количества, но «хорошо обеспеченного средствами», этот тип популяционной стратегии авторы назвали К-селекцией⁷ [51], подчеркнув при этом, что она не ограничивается средой тропиков. Обе популяционные стратегии могут находиться в оппозиции: так, в «непереполненной» окружающей среде генотипы с r -селекцией будут максимально «приспособленными», в густонаселенной среде (где становится меньше пищи и размеры «семьи» уменьшаются) преимущество получают генотипы с К-селекцией. Обе базисные стратегии в популяциях – с продукцией большого числа потомства и высоким уровнем смертности («г-селекционисты»), и с низким уровнем рождаемости потомства, снабженного «увеличенными соревновательными способностями» и со сравнительно низким за счет «лучшего обеспечения» уровнем смертности («К-селекционисты»), – являются противоположными концами континуума, а не отдельными дихотомическими категориями [52]. Виды, которые используют как первую, так и вторую стратегию, максимизируют свою «приспособленность». В последующем в эволюционной экологии и социобиологии модель К- и г-селекции развивалась E.R. Pianka [53] и E.O. Wilson [54], при этом были выделены еще некоторые ассоциированные с типами популяционной стратегии характеристики: при непредсказуемости доступности «ресурсов» окружающей среды г-селекционистам были свойственны более короткая продолжительность жизни, ранний возраст репродукции, их социальная система отличалась слабым

⁷ r в популяционной генетике является символом уровня популяционного роста (число рождений минус число смертей), К произошло от «carrying capacity», понятия, символизирующего тот предел, который среда может выдержать, существуя с максимальным количеством популяции [51, 52].

устройством родительской заботы о потомстве, слабо выраженным социальным группированием и редкими проявлениями альтруизма; напротив, К-селекционистам при предсказуемости ресурсов окружающей среды были присущи большая продолжительность жизни, более поздний возраст репродукции и хорошо развитая «социальная система» (с заботой о потомстве, определенным семейным структурированием и распространенными явлениями альтруизма) [52].

Основываясь на концепции г- и К-селекции, итальянский эволюционный психолог М. Del Giudice [21] стал выделять «быстрые» и «медленные» «стратегии поведения» человека и животных, вкладывая в эти понятия различный набор психологических характеристик. Типичными свойствами «быстрых» жизненных стратегий у всех видов животных и человека являются импульсивность и склонность к рискованному поведению в чертах личности. Женщины с «быстрыми» стратегиями в поведении стремятся к получению помощи и ресурсов от других (родственников и сексуальных партнеров). Аффiliation и реципрокность в отношениях у людей с «быстрыми» стратегиями «отрегулированы» низко, а «поиск статуса» и агрессия – высоко. В поведении отмечаются эксплуативные и социально антагонистические тенденции, в детстве – редукция исследовательской фазы и фазы обучения, в результате – это люди с «меньшим капиталом в форме знаний и умений» [21]. Людям с «медленными» стратегиями присуще чувство «морального отвращения», причем система поиска полового партнера у них также может быть «низко настроена». Такой психологически адаптивный феномен, как тревога, демонстрирует малую корреляцию с социосексуальностью, хотя у женщин с «быстрыми» стратегиями уровень тревожности может быть и повышен. Тревожно привязанные люди часто с трудом порывают с партнером и оставляют для себя «опцию» сойтись с партнером снова, поэтому тревожность может соответствовать «медленным» стратегиям у женщин, а надежная романтическая привязанность всегда связана с «медленными» стратегиями. Гибкость (flexibility), напротив, является негативным предиктором способности подавлять импульсы и откладывать вознаграждение.

Обе стратегии при соотношении их с 5-факторной моделью личности могут сопровождаться повышенным уровнем «невротизма». При этом такие факторы, как «экстраверсия» и «открытость опыту», плохо коррелируют с моделью двух стратегий жизни, поскольку, с точки зрения М. Del Giudice [21], являются «гибридными» чертами: в экстраверсию входят «самоутверждение» и «доминантность», ассоциированные с поведением высокого риска и неограниченной социосексуальностью, но «теплота» и «общительность» уже с этими характеристиками не ассоциируются. В 6-факторной модели⁸ личности лишь «честность-скромность» коррелирует с «медленной» стратегией.

Однако медленные стратегии не стоит идеализировать: употребляющие их индивидуумы менее способны на использование неожиданно представившихся возможностей, с большим трудом приспособляются к изменяю-

щимся обстоятельствам. Высокий уровень самоконтроля может вести к ригидности и конформности, а высокие «приятность» и «честность-скромность» подвергают риску «быть использованным». Есть люди с медленными стратегиями, у которых высокая сознательность сочетается с низкой «приятностью» (доброжелательностью).

Согласно модели «адаптивной калибрации» индивидуальной разницы в физиологии стресса [21] «быстрые» стратегии ассоциируются с двумя образцами реактивности: гиперреактивным «неусыпным» (vigilant) с высокой тревогой и/или реактивной агрессивностью, и гипореактивным «неэмоциональным» (с большей распространенностью среди мужчин), что соответствует высоким уровням рискованного поведения и «проактивной» агрессии. Соответственно, и «медленные» стратегии ассоциируются как с высокой реактивной чувствительностью, так и с умеренной, «амортизированной» реактивностью.

При «быстрых» стратегиях успешное ухаживание и межличностное влияние обеспечиваются более «чтением ума» или «когнитивной» эмпатией, нежели «аффективной» эмпатией, представляющей собой способность «резонировать» вместе с чувствами другого человека на эмоциональном уровне. М. Del Giudice [21] разделяет когнитивные и поведенческие стратегии таких индивидуумов на «антагонистические/эксплуативные» и на «соблазняющие/креативные» (последние без прямого агрессивного соревнования за доминацию). При этом «антисоциальные» черты примерно совпадают с областью антагонистически-эксплуативного профиля, нарцисстические оказываются функционально ближе соблазняюще-креативному профилю. Нарциссизм демонстрирует более низкую корреляцию с агрессией и более высокий уровень когнитивной эмпатии. Даже считается, что нарцисстические черты помогают людям не только достигнуть статуса лидера в группе, но и, в умеренной степени, увеличивать «эффективность» лидерства [21]. Между антагонистически-эксплуативным и соблазняюще-креативным профилем находятся люди с «маккиавеллианским» профилем: они обладают небогатыми способностями «чтения мыслей», но стремятся выяснить состояние другого человека и использовать его для собственного преимущества, и также способны быстро адаптироваться к изменениям социального контекста. Другой важной дименсией личности в профиле соблазнительность/креативность является шизотипия: склонность испытывать «психотические феномены низкого уровня» – галлюцинации и параноидные мысли. Шизотипические черты личности ассоциированы с артистической креативностью, и повышают успех в краткосрочном партнерстве с противоположным полом (и некоторых других «быстрых» стратегиях).

У людей с медленными стратегиями М. Del Giudice [21] выделяет «просоциально/заботливый» профиль и профиль «умелости/обеспечения снабжением». Стратегии «снабжения» не требуют высокого уровня эмпатии, артистического воображения и социальных навыков, и обычно ассоциированы с техническими навыками, «ментализирование» у таких индивидуумов снижено. Их признаки соответствуют «аутизмоподобным чертам»: плохим соци-

⁸ Так называемая HEXACO модель структуры личности, в которой буквы аббревиатуры на английском обозначают честность, эмоциональность, экстраверсию, «приятность» (agreeableness, также переводимую как «доброжелательность»), сознательность и открытость опыту.

альным и коммуникативным навыкам, высокому вниманию к деталям, ограниченному воображению и тенденции к сфокусированной повторяющейся активности. Аутистические черты, хотя и связаны с увеличенным риском аутизма, континуально распределены в общей популяции, и их наличие не предполагает диагноза расстройства. M. Del Giudice рассматривает аутистические черты как вариант селекции медленной стратегии («К-селекции») с большими инвестициями и долгосрочным половым партнерством (за счет углубившегося разделения социальных ролей и технических навыков с расцветом земледелия в течение последних 10 000 лет). Кроме того, люди с такой брачной стратегией, хотя и относительно неэффективны в прямом уходе, но могут компенсировать это, удовлетворяя брачные предпочтения родителей объектов ухода. По сравнению с просоциально/заботливым профилем, «умелые снабженцы» демонстрируют более низкие показатели воображения и умеренную или низкую «приятность» (дружелюбность).

Быстрые стратегии ассоциируются с ненадежными образцами «привязанности» (attachment) и могут демонстрировать связь с дезорганизацией привязанности в первые годы жизни [55]. В то же время стремление к риску может формироваться в контексте повышенной смертности, непредсказуемости или скудости ресурсов [56]. В целом стратегии высокого риска подразумевают возможность больших выигрышей и больших потерь. Если в системе сексуального партнерства репродуктивное преимущество отдается лишь индивидуумам высокого ранга, то происходит интенсивное соревнование за высший ранг, хотя это и включает большой риск повреждений (так происходит, например, у морских слонов, у которых схватки между самцами часто заканчиваются смертельным исходом, но не участвовать в схватке – значит исключить себя из репродукции).

У людей вызовы на поединок и физическую агрессивность эволюционные психологи рассматривают как «тактику высокого риска социального соревнования» [21], обосновывая это тем, что нередко агрессивным детям и подросткам иногда удается занять доминантную позицию и стать лидерами в группе сверстников. Если же они не успевают в этом, то последствия могут быть драматическими: они становятся непопулярными, отрицаемыми, и даже могут подвергнуться остракизму или физическим травмам. Так и некоторые черты личности могут облегчать встречу с половым партнером и успех в социальном соревновании за счет увеличения риска «вредоносных» психических расстройств. Так, например, шизотипические черты могут способствовать успеху в половом поиске – как часть соблазняющей/креативной стратегии, но увеличить риск шизофрении [57]. Позитивная селекция по одной черте может негативно влиять на другие черты и может точно так же привести к уничтожению последующих поколений, как и быстрые изменения в окружающей среде.

В основу модели психопатологии M. del Giudice [21] – «расстройства быстрого спектра» (F-type) и «медленного спектра» (S-type) – вошли психологические признаки «быстрых» и «медленных» стратегий, в свою очередь, разработанных на теории вышеупомянутых двух типов популяционной селекции (r- и K-«селекционисты»). Рас-

стройства быстрого спектра, по M. Del Giudice [21], более связаны с риском импульсивности и антисоциального поведения, медленные – с преувеличенным самоконтролем и уменьшенной сексуальной мотивацией. Шизофрения и другие психотические расстройства возникают в контексте соблазняющих/креативных стратегий и преувеличенных менталистических когний, напротив, риск аутизма связан со сниженными менталистическими навыками и с другими чертами, определяющими «умелость» и снабженческие качества. В дополнение к расстройствам «быстрого» и «медленного» спектра M. Del Giudice [21] выделяет категорию «расстройства защиты» (D-тип расстройств), куда относит фобии, приступы паники, генерализованное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство и депрессии. При этом набор быстрых стратегий может давать гипореактивный (неэмоциональный) профиль, в то время как гиперреактивными могут быть как медленные стратегии (сенситивный тип), так и быстрые (возбужденный тип). В контексте «быстрых» стратегий защиты позволяют действовать в условиях угрожающе-непредсказуемого окружения, в контексте «медленных» – даже при безопасном окружении в настоящем – предотвращать опасные события и избегать потенциально рискованных ситуаций в будущем. D-тип расстройств имеет тенденцию развиваться в опасном, стрессовом окружении, чаще у женщин (поскольку женщинам больше терять при физическом повреждении и социальном отвержении); мужчины более уязвимы к патологическим формам сниженной регуляции защит: в среднем более склонны к риску и менее чувствительны к опасности и угрозам.

Одной из общих причин возникновения психических расстройств в эволюционной психиатрии предполагается «эволюционное несоответствие» – когда развившийся психологический механизм встречает новый средовой контекст, до этого не встречавшийся в его эволюционной истории. Рост расстройств пищевого поведения может обуславливаться тем, что средства массовой информации подвергают людей потоку нереально привлекательных образов («соперников»), генерируя эволюционно новый тип социального стимула, который слишком активизирует механизмы, регулирующие у женщин соревнование за привлекательность и статус [58]. Если ранее подростки находились в смешанных по возрасту группах, и должны были заботиться о малышах, что стимулировало систему просоциального заботливого поведения, то современное исключительное «группирование со сверстниками» ведет к экацербации интенсивности «экстернализующего» поведения: физической и вербальной агрессии, поиску внимания, стремлению к риску [21].

Эволюционное направление предлагает много эволюционных объяснений психическим расстройствам и «мириады» проксимальных причин [21], при этом стремится учитывать не только классический психиатрический подход, в котором психические расстройства рассматриваются как качественно отличимые категории, ясно разделяемые как одна от другой, так и от нормального функционирования, но и размерные («таксометрический» [59], в котором посредством математико-статистического анализа большая часть психической патологии рассматри-

вается в рамках крайних вариантов нормы, и «трансдиагностический» [60], стремящийся установить несколько «общих» факторов психической патологии, вплоть до единственного). В последующих обзорах при анализе эволюционных концепций мы будем преимущественно исходить из традиционных психиатрических диагнозов и попытаемся представить их наиболее обоснованные и интересные эволюционные интерпретации.

Список литературы

1. Дарвин Чарлз. Происхождение видов путем естественного отбора или сохранение благоприятных рас в борьбе за жизнь. Издание второе, дополненное. Перевод с шестого издания (Лондон, 1872). (Отв. редактор Акад. А.Л. Тахтаджян). Санкт-Петербург: «Наука», 2001. [Darwin Charles. Proishozhdenie vidov putem estestvennogo otbora ili sohranenie blagoprijatnyh ras v bor'be za zhizn' [On the Origin of Species by Means of Natural Selection]. Izdanie vtoroe, dopolnennoe. Perevod s shestogo izdaniya (London, 1872). (Otv. redaktor Akad. A.L. Tahtadzhan). Sankt-Peterburg: «Nauka», 2001. (In Russ.)]
2. Дарвин Чарлз. Происхождение человека и половой отбор (1871) (под редакцией академика Е.Н. Павловского). В кн.: Чарлз Дарвин. Сочинения в 9 томах. Том 5. Москва: Издательство Академии Наук Союза Советских Социалистических Республик, 1953. С. 133-656. [Darwin Charles. Proishozhdenie cheloveka i polovoj otbor [The Descent of Man and Natural Selection in relation to Sex] (1871) (pod redakciej akademika E.N. Pavlovskogo). V kn.: Charlz Darvin. Sochineniya v 9 tomah. Tom 5. Moskva: Izdatel'stvo Akademii Nauk Sojuza Sovetskikh Socialisticheskikh Respublik, 1953. S. 133-656. (In Russ.)]
3. Дарвин Чарлз. Выражение эмоций у человека и животных (1872) (под редакцией академика Е.Н. Павловского). В кн.: Чарлз Дарвин. Сочинения в 9 томах. Том 5. Москва: Издательство Академии Наук Союза Советских Социалистических Республик, 1953. [Darwin Charlz. Vyrazhenie jemocij u cheloveka i zhivotnyh (1872) [The expression of the emotion in man and animals] (pod redakciej akademika E.N. Pavlovskogo). V kn.: Charlz Darvin. Sochineniya v 9 tomah. Tom 5. Moskva: Izdatel'stvo Akademii Nauk Sojuza Sovetskikh Socialisticheskikh Respublik, 1953. (In Russ.)]
4. Пятницкий Н.Ю. Теория эволюции в «Происхождении видов» Чарлза Дарвина как основа современной «эволюционной» психиатрии. Журнал психиатрии и психофармакотерапии им. П.Б. Ганнушкина. 2023. № 6. [Pyatnitskiy N.Yu. The theory of evolution in Charles Darwin's "The Origin of Species" as the basis of modern "evolutionary" psychiatry. Psychiatry and psychopharmacotherapy. 2023. № 6. (In Russ.)]
5. Пятницкий Н.Ю. Учение об инстинктах и эмоциях в монографии Чарлза Дарвина «Происхождение человека и половой отбор» как основа современной эволюционной психиатрии и психологии Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б. Ганнушкина. 2024. № 1. [Pyatnitskiy N.Yu. The doctrine of instincts and emotions in Charles Darwin's monograph «The Descent of Man and Sexual Selection» as the basis of modern evolutionary psychiatry and psychology. Psychiatry and Psychopharmacotherapy. 2024. № 1. (In Russ.)]
6. Пятницкий Н.Ю. Теории полового отбора и развития инстинктов Чарлза Дарвина как основа современной эволюционной психиатрии и психологии: от беспозвоночных до птиц. Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б. Ганнушкина. 2024. № 2. [Pyatnitskiy N.Yu. Charles Darwin's theories of sexual selection and the development of instincts as the basis of modern evolutionary psychiatry and psychology: from invertebrates to birds. Psychiatry and Psychopharmacotherapy. 2024. № 2. (In Russ.)]
7. Пятницкий Н.Ю. Учение Чарлза Дарвина о половом отборе и выражении эмоций как основа современной эволюционной психологии и психиатрии. Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б. Ганнушкина. 2024. № 3. [Pyatnitskiy N.Yu. Charles Darwin's doctrine of sexual selection and expression of emotions as the basis of modern evolutionary psychology and psychiatry: mammals and humans. Psychiatry and Psychopharmacotherapy. 2024. № 3. (In Russ.)]
8. Ламарк Ж.-Б. Философия зоологии (перевод с французского С.В. Сапожниковой, редакция В.П. Карпова). Том 1. Москва – Ленинград: Государственное издательство биологической и медицинской литературы, 1935. [Lamarck J.-B. Filosofija zoologii [Philosophy of zoology] (perevod s francuzskogo S.V. Sapozhnikova, redakcija V.P. Karpova). Tom 1 [Vol. 1]. Moskva – Leningrad: Gosudarstvennoe izdatel'stvo biologicheskoy i medicinskoj literatury, 1935. (In Russ.)]
9. Ламарк Ж.-Б. Философия зоологии (перевод с французского С.В. Сапожниковой). Том 2. Москва – Ленинград: Государственное издательство биологической и медицинской литературы, 1937. [Lamarck J.-B. Filosofija zoologii [Philosophy of zoology] (perevod s francuzskogo S.V. Sapozhnikova). Tom 2 [Vol. 2]. Moskva – Leningrad: Gosudarstvennoe izdatel'stvo biologicheskoy i medicinskoj literatury, 1937. (In Russ.)]
10. Сеченов И. М. (1863). Рефлексы головного мозга. В кн.: И.М. Сеченов. Избранные философские и психологические произведения (под редакцией, со вступительной статьей и примечаниями В.М. Каганова). Москва: ОГИЗ, Государственное Издательство Политической Литературы, 1947. С. 69-178. [Sechenov I. M. (1863). Refleksy golovnogogo mozga. [Reflexes of the brain]. V kn.: I.M. Sechenov. Izbrannyye filosofskie i psihologicheskie proizvedeniya (pod redakciej, so vstupitel'noj stat'ej i primechanijami V.M. Kaganova). Moskva: OGIZ, Gosudarstvennoe Izdatel'stvo Politicheskoy Literatury, 1947. S. 69-178. (In Russ.)]
11. Dawkins R. (1976). The selfish gene. 30th anniversary edition. Oxford – New York: Oxford University Press, 2006.
12. Самохвалов В.П., Гильбурд О.А., Егоров В.И. Социобиология в психиатрии. Москва: Издательский Дом Видар -М, 2011. [Samohvalov V.P., Gil'burd O.A., Egorov V.I. Sociobiologija v psichiatrii [Sociobiology in Psychiatry]. Moskva: Izdatel'skij Dom Vidar -M, 2011. (In Russ.)]
13. Четвериков С.С. О некоторых методах эволюционного процесса с точки зрения современной генетики (1926). В кн.: Четвериков С.С. Проблемы общей биологии и генетики (воспоминания, статьи, лекции). (отв. редактор З.С. Никоро). Академия Наук СССР, Сибирское отделение, Институт цитологии и генетики. Издательство «Наука», Сибирское отделение: Новосибирск, 1983. С. 170-235. [Chetverikov S.S. O nekotoryh metodah jevoljucionnogo processa s tochki zreniya sovremennoj genetiki [About some methods of evolutionary process from the point of view of contemporary genetics] (1926). V kn.: Chetverikov S.S. Problemy obshhej biologii i genetiki (vospomинaniya, stat'i, lekcii). (otv. redaktor Z.S. Nikoro). Akademija Nauk SSSR, Sibirskoe otdelenie, Institut citologii i genetiki. Izdatel'stvo «Nauka», Sibirskoe otdelenie: Novosibirsk, 1983. S. 170-235. (In Russ.)]
14. Haldane J.B.S. A mathematical theory of natural and artificial selection (1924). Bulletin of Mathematical Biology. 1990. Vol. 52, N1/2. P. 209-240.
15. Fisher R.A. The genetical theory of natural selection. Oxford, Great Britain: At the Clarendon Press, 1930.
16. Wright S. Evolution in Mendelian Populations (1931). Bulletin of Mathematical Biology. 1990. Vol. 52, N1/2. P. 241-295.
17. Hamilton W.D. The Genetical Evolution of Social Behaviour. I. Journal of Theoretical Biology. 1964. № 7. P. 1 – 16.
18. Hamilton W.D. The Genetical Evolution of Social Behaviour. II. Journal of Theoretical Biology. 1964. № 7. P. 17 – 52.
19. Stevens A., Price J. Evolutionary Psychiatry. A new beginning. Second Edition. London and New York: Routledge, Taylor&Francis Group, 2000.
20. Пятницкий Н.Ю. Аффективные расстройства и шизофрения с точки зрения «эволюционной» психологии и психиатрии. В коллективной монографии: Клиническая психология XXI века: методология, теория и практика. Москва: Издательство ФГБНУ НЦПЗ, 2023. С.121-136. [Pyatnitskiy N.Yu. Affective disorders and schizophrenia from the point of view of «evolutionary» psychology and psychiatry. V kolektivnoj monografii: Klinicheskaja psihologija XXI veka: metodologija, teorija i praktika [Clinical psychology of the XXI century: methodology, theory and practice. Moskva: Izdatel'stvo FGBNU NCPZ, 2023. S.121-136. (In Russ.)]
21. Del Giudice M. Evolutionary Psychopathology. A Unified Approach. New York: Oxford University Press, 2018.
22. Wynne-Edwards V.C. Animal Dispersion in relation to Social Behaviour. Edinburgh and London: Oliver and Boyd, 1962.
23. Wynne-Edwards V.C. Evolution through group selection. Oxford – London – Edinburgh – Boston – Palo Alto – Melbourne: Blackwell Scientific Publication, 1986.
24. Sober E., Wilson D.S. Unto others. The evolution and psychology of unselfish behavior. Cambridge, Massachusetts, London, England: Harvard University Press, 1998.
25. Bowles S., Gintis H. A Cooperative Species. Human reciprocity and its evolution. Princeton and Oxford: Princeton University Press, 2011.

26. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А., Корнетов Н.А. Этология в психиатрии (научный редактор И.Д. Шевчук). Киев: Издательство «Здоровье», 1990.
[Kornetov A.N., Samohvalov V.P., Korobov A.A., Kornetov N.A. *Jetologija v psihiatrii* [Etology in Psychiatry] (nauchnyj redaktor I.D. Shevchuk). Kiev: Izdatel'stvo «Zdorov'e», 1990. (In Russ.)]
27. Mayr E. Cause and effect in biology. Kinds of causes, predictability, and teleology are viewed by a practicing biologist. *Science*. 1961. Vol. 134. P. 1501-1506.
28. Tinbergen N. On aims and methods of ethology. *Zeitschrift fuer Tierpsychologie*. 1963;20: 410-433.
29. Аристотель. *Метафизика* (IV век до н.э.). В кн.: Аристотель. Сочинения в четырех томах. Т. 1. (Ред. В.Ф. Асмус). Москва: «Мысль», 1976. С. 63-367.
[Aristotle. *Metaphysics* (IVth century BC). V kn.: Aristotel'. *Sochinenija v chetyreh tomah*. T. 1. (Red. V.F. Asmus). Moskva: «Mysl'», 1976. P. 63-367. (In Russ.)]
30. *Evolutional Psychiatry. Current Perspectives on Evolution and Mental Health*. (Edited by Riadh Abed and Paul St John-Smith). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 2022. DOI: 10.1017/9781911623618
31. Brady S.P., Bolnick D.I., Angert A.I., Gonzalez A., Barret R., Crispo E., Derry A., Eckert C., Frazer D., Fussmann G., Guichard F., Lamy T., McAdam A., Newman A., Paccard A., Rolshausen G., Simons A. and Hendry A. Causes of maladaptation. *Evolutionary Applications*. 2019. 13 Vol. 12 Issue 7. P. 1229-1242. DOI: 10.1111/eva.12844
32. Kretschmer E. Koerperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. Berlin: Springer Verlag, 1921.
33. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: *Handbuch der Psychiatrie* (Herausgeb. von G. Aschaffenburg). Spezieller Teil. 4. Abteilung, 1. Haelfte. Leipzig und Wien: Franz Deuticke, 1911.
34. Freud S. *Трибе и Трибшчicksале* (1915b). In: Sigmund Freud. *Psychoanalyse*. Ausgewaehlte Schriften zur Neurosenlehre, zur Persoemlichkeitspsychologie, zur Kulturtheorie. Leipzig: Verlag Philipp Reclam jun., 1990. S. 229 – 249.
35. Jung C.G. Die Archetypen und das kollektive Unbewusste. In: C.G. Jung. *Gesammelte Werke* (Herausgeber Lilly Jung-Merker, Elisabeth Ruf). Neunter Band. Erster Halbband. Duesseldorf: Walter Verlag, 1995. S. 1-556.
36. Adler A. Ueber den nervoesen Character. Grundzuege einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie. Wiesbaden: Verlag von J. F. Bergmann, 1912.
37. Bourke A.F.G. *Principles of Social Evolution*. Oxford – New York Auckland – Cape Town – Dar es Salaam – Hong Kong: Oxford University Press, 2011.
38. Trivers R.L. Parent-Offspring Conflict. *American Zoologist* 1974; 14: 249-264.
39. Schlomer G.L., Del Giudice M., Ellis B.J. Parent-Offspring Conflict Theory: an Evolutionary Framework for Understanding Conflict within Human Families. *Psychological Review*. 2011. Vol. 118, No 3, P. 496-521. DOI: 10.1037/a0024043
40. Jackson J. *Hughlings*. Classic Text No.47. The factors of insanities (1894). *History of Psychiatry* 2001 Sep;12(47 Pt 3):360-373. DOI: 10.1177/0957154x0101204705.
41. Снежневский А. В. О нозологии психических расстройств. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1975. Том 75. Вып. 1. С. 138-143.
[Snezhevskij A. V. O nozologii psihicheskikh rasstrojstv [About the nosology of mental disorders]. *Zhurnal nevropatologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova*. 1975. Tom 75. Vyp. 1. S. 138-143. (In Russ.)]
42. Fodor J. A. *The modularity of Mind*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 1983.
43. Kurzban R. *Why everyone is a hypocrite*. Evolution and Modular Mind. Princeton and Oxford: Princeton University Press, 2010.
44. Пятницкий Н.Ю. «Горизонтальные» (иерархические) и «вертикальные» (модулярные) модели психики и психопатологических синдромов. *Психиатрия*. 2024. № 1.
[Pyatnitskiy N.Yu. "Horizontal" (hierarchical) and "vertical" (modular) models of the psyche and psychopathological syndromes. *Psychiatry*. 2024. № 1. (In Russ.)]
45. Wundram I. J. Nonreproductive sexual behavior: Etological and Cultural Considerations. *American Anthropologist*. 1979; 81:99-103.
46. VanderLaan D.P., Ren Z., Vasey P. L. Male Androphilia in the Ancestral Environment. *An Ethnological Analysis*. *Human Nature*. 2013; 24:375-401.
47. Ciani A.S.C., Fontanesi L., Iemmola F., Gianella E., Ferron C., Lombardi L. Factors associated with higher fecundity in female maternal relatives of homosexual men. *Journal of Sexual medicine*. 2012 Nov; 9(11):2878-2887. DOI: 10.1111/j.1741-6109.2012.02785.x
48. Fraley R.H., Heffernan M.E. Attachment and Parental Divorce: A test of the Diffusion and sensitive period Hypothesis. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2013; 39(9):1199-1213. DOI: 10.1177/0146167213491503
49. Dobzhansky Th. *Evolution in the tropics*. *American Scientist*. 1950 April. Vol.32. Issue 2. P. 208-221. DOI: 10.2307/27826306
50. Кропоткин П.И. *Взаимопомощь как фактор эволюции* (1902). Москва: «Самообразование», 2007.
[Kropotkin P.I. *Vzaimopomoshh' kak faktor jevoljucii* [Mutual help as a factor of evolution]. Moskva: «Samoobrazovanie», 2007. (In Russ.)]
51. MacArthur R.H., Wilson E.O. *The Theory of Island Biogeography* (1967). Thirteenth Edition. Princeton and Oxford: Princeton University Press, 1967.
52. Barash D.P. *Sociobiology and behavior*. Second Edition. New York – Amsterdam – Oxford, 1982.
53. Pianka E. On r- and K-selection. *The American Naturalist*. 1970 Nov. Vol. 104., Issue 940. P. 592-596.
54. Wilson E. O. *Sociobiology: The New Synthesis* (1975). Twenty-fifth Anniversary Edition. Cambridge, Massachusetts – London, England: The Belknap Press of Harvard University Press, 2000.
55. Bowlby J. *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *The British Journal of Psychiatry*. 1977. 130:201-210. DOI: 10.1192/bjp.130.3.201
56. Ellis B.J., Bianchi J., Griskevicius V., Frankenhuis W. Beyond Risk and Protective factors: an adaptation based approach to resilience. *Perspectives on Psychological Science*. 2017 July; 12(4):561-587. DOI: 10.1177/1745691617693054
57. Shaner A., Miller G., Mintz J. Schizophrenia as one extreme of a sexually selected fitness indicator. *Schizophrenia Research*. 2004; 70:101-109.
58. Abed R. T. The sexual competition hypothesis for eating disorders. *British Journal of medical psychology*. 1998;71: 525-549.
59. Waller N.G., Meehl P.E. *Multivariate Taxometric Procedures*. USA: Sage Publications, 1998.
60. Carragher N., Krueger R.F., Eaton N.R., Slade T. Disorders without borders: current and future directions in the meta-structure of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2015;50(3). DOI: 10.1007/s00127-014-1004-z

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflicts of interest.

Информация об авторах

Пятницкий Николай Юрьевич, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, Москва, Россия, ORCID ID 0000-0002-2413-8544
E-mail: piatnits09@mail.ru

Абрамова Лилия Ивановна, д.м.н., ведущий научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, Москва, Россия; <https://orcid.org/0000-0003-4397-924X>
E-mail: L_Abramova@rambler.ru

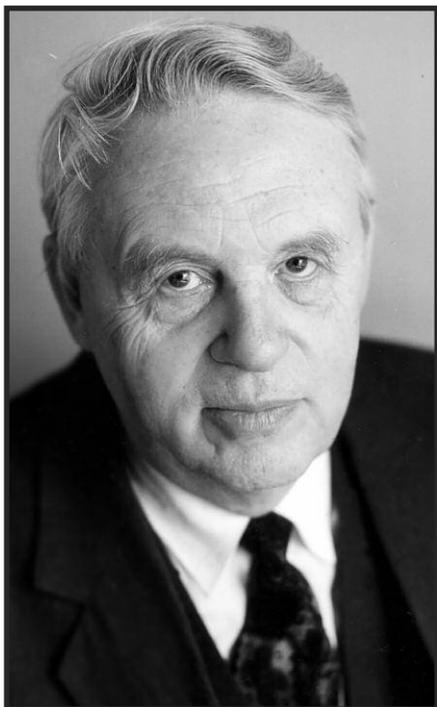
Information about the authors

Nikolay Yu. Pyatnitskiy, MD, PhD, Cand. of Sci. (Med.), Leading scientific worker of Medical Psychology Department, FSBSI "Mental Health Research Centre" of the Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation Moscow, Russia, ORCID ID 0000-0002-2413-8544
E-mail: piatnits09@mail.ru

Liliya I. Abramova, MD, PhD, the leading researcher of the department of endogenous mental disorders and affective states of FSBSI "Mental Health Research Centre" of the Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation, Moscow, Russia. e-mail: L_Abramova@rambler.ru

Памяти профессора кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Ярославского государственного медицинского университета» МЗ РФ Леонида Константиновича Хохлова

In memory of Leonid Konstantinovich Khokhlov, Professor of the Department of Psychiatry at the Yaroslavl State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation



С прискорбием сообщаем, что 6.12.2023 на 95-ом году ушел из жизни ученый, врач, доктор медицинских наук, профессор Леонид Константинович Хохлов.

Леонид Константинович в 1952 году окончил с отличием лечебный факультет Ярославского государственного медицинского института, в настоящее время Ярославский государственный медицинский университет (ЯГМУ). В дальнейшем проходил обучение в ординатуре, аспирантуре на кафедре психиатрии, успешно работал ассистентом, доцентом кафедры. С 1966 по 1968 годы Леонид Константинович возглавлял кафедру психиатрии Ивановского государственного

медицинского института. С 1968 по 1997 год был заведующим кафедрой психиатрии (в дальнейшем кафедра психиатрии и медицинской психологии с курсом последипломного образования) Ярославского государственного медицинского университета. С 1997 года по сентябрь 2023 года Леонид Константинович работал профессором кафедры психиатрии ЯГМУ. С 1977-1985 гг. он одновременно занимал должность проректора по учебной работе ЯГМУ.

Круг научных интересов Л.К. Хохлова был широк и разнообразен, но всегда был связан с вопросами клинической психиатрии. В своей научной работе Л.К. Хохлов затрагивал актуальные вопросы эпидемиологии, этиопатогенеза, клиники, лечения психических расстройств. В 1959 году он защитил кандидатскую диссертацию на тему «Вопросы клиники и некоторые патофизиологические условия возникновения псевдогаллюцинаций» и уже через 7 лет (в 1966 году) им была защищена докторская диссертация «Синдром Кандинского-Клерамбо (психопатология, клиника, нозология)». Он являлся автором более 300 научных работ и ряда монографий: «Психопатология, симптомы и синдромы», «Психопатологические аспекты пищевого поведения», «Экзогенно-органическая психопатология: неврозоподобные состояния, острые, затяжные, симптоматические психозы. Терапия когнитивных расстройств» и др.

Леонид Константинович много внимания уделял преемственности в

работе с молодыми учеными и специалистами. Под его руководством защищены 4 докторских и 7 кандидатских диссертаций. Он читал полный курс лекций для студентов лечебного и педиатрического факультетов, а с 1989 года (с открытием в составе кафедры курса последипломного образования) – лекции для врачей психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов и клинических психологов.

Л.К. Хохлов был авторитетным, высококвалифицированным специалистом, пользующимся непререкаемым авторитетом. До последнего времени он консультировал пациентов стационара и диспансера Ярославской областной клинической психиатрической больницы (ЯОКПБ), его консультации отличались внимательностью к нуждам пациентов и вызвали неизменный интерес среди коллег. Леонид Константинович был чутким, отзывчивым, разносторонним и эрудированным человеком.

Л.К. Хохлов был почетным профессором ЯГМУ, награжден медалью «За заслуги перед Отечеством» II степени, медалью «За доблестный труд в ознаменование 100-летия со дня рождения В.И. Ленина», знаками МЗ РФ «Отличник здравоохранения», «За отличные успехи в работе».

Сотрудники кафедры психиатрии ЯГМУ и сотрудники ЯОКПБ выражают глубокие соболезнования родным и близким Леонида Константиновича. Скорбим о его кончине. Светлая память о нем навсегда останется в наших сердцах.



Психиатрия и психотерапия

Журнал имени П.Б.ГАННУШКИНА

Время – деньги

Зигмунд Фрейд – основатель
теории психоанализа



Огюст Анри Форель – создатель
психологической картины мозга
человека



Benjamin Rush

Юлиус Вагнер фон Яурегг –
лауреат Нобелевской премии,
предложивший маляротерапию
как средство лечения
прогрессивного паралича



Бенджамин Раш – автор первых
американских трудов в области
психиатрии



Всё о психиатрии
на сайте: www.con-med.ru

Психическое здоровье населения в условиях пандемии

РУКОВОДСТВО ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ



Под ред. Н.Г. Незнанова
2024, 336 с.



В руководстве представлен междисциплинарный взгляд на пандемию новой коронавирусной инфекции COVID-19 как на экстремальную ситуацию в области общественного здоровья. Основное внимание обращено на вопросы нейропсихиатрических нарушений на фоне инфекционного заболевания, а также неблагоприятные социально-психологические факторы пандемии – совокупно определяющие риски нарушений психического здоровья у разных возрастных групп населения и пациентов психоневрологического профиля.

Издание предназначено организаторам здравоохранения и врачам, занимающимся клинической практикой в психиатрии, неврологии, наркологии, патофизиологии, медицинским психологам и психотерапевтам, а также научным сотрудникам, студентам и врачам-ординаторам перечисленных специальностей.