

Международный
научно-практический
журнал

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

2024, том 15, № 4

Psychiatry Psychotherapy and Clinical Psychology

International Scientific Journal

2024 Volume 15 Number 4

"Раненая амазонка".
Автор: Фидий.
Мраморная римская копия
греческого бронзового оригинала.
440-430 гг. до н.э.
Рим. Музеи Ватикана



ISSN 2220-1122 (print)
ISSN 2414-2212 (online)



9 772220 112009



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
ИЗДАНИЯ

ЭЛИЦЕЯ®

эсциталопрам

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 10 мг №30



1x

Один раз в сутки



Таблетка может быть разделена на равные дозы



Независимо от приема пищи

1

Устойчивый эффект с 1 недели



Не менее 6 месяцев для закрепления ответа на лечение

№30

30 таблеток – на месяц лечения

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ.

Данная информация носит рекламный характер.

Представитель держателя регистрационного удостоверения № 10904/21/24 от 01.02.2021:

Представительство АО «KRKA, d.d., Novo mesto» (Словения) в Беларуси

220114, г. Минск, ул. Филимонова, 25Г, оф.315. Тел/факс: (375-740) 740-92-30

E-mail: info.by@krka.biz

Рекламодатель АО "KRKA, d.d., Novo mesto" (Словения)

Имеются медицинские противопоказания к применению и нежелательные реакции, особенности применения лекарственного препарата при беременности. Предназначено для медицинских или фармацевтических работников и размещения в специализированных печатных изданиях, сайтах.

 KRKA | 70 лет

ABIZOL

Aripiprazol 10-15mg easy tab №28



- Растворимая таблетка – надежный результат лечения шизофрении
- Минимальный риск развития побочных эффектов характерных для нейролептиков
- Контроль шизофрении и улучшение качества жизни пациента



Уменьшить тяжесть хронических душевных заболеваний

ДУКСЕТ

Дулоксетин 30,60 мг • 28 капсул



ОТПУСТИ СВОЮ БОЛЬ!

- + Обладает равномерным и сбалансированным действием на обе моноаминергические системы
- + Высокая эффективность при депрессиях различной глубины и психопатологической структуры
- + Эффективен в значительном числе случаев резистентной депрессии
- + Реже вызывает инверсию фар при лечении депрессивных состояний при БАР

МИСТРАЛ

Сертралин 50 мг/100 мг

28 таблеток

- Разрешен с 6 лет
- Сбалансированный антидепрессант, рекомендованный для лечения различных видов депрессий
- Широкий терапевтический диапазон



ВЕРНИ СМЫСЛ
ЖИЗНИ!

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ.

Реклама. Имеются противопоказания и нежелательные реакции. Приём препаратов противопоказан в период беременности.

За дополнительной информацией обращайтесь в АО «NOBEL НАС SANAYII MU TICARET ANONIM SIRKETI» по адресу: 220030, г. Минск, ул. Немига, 5, офис 71 тел. (017) 388 03 84, 388 03 85, 388 03 86, 388 03 87

www.nobel.by





РУ МЗ РБ № 8643/08/13/17/18, бессрочно

КАК НАЗНАЧАТЬ ВЕЛАКСИН:

- Велаксин в форме капсул применяется 1 раз в сутки (5-НТ)
- **НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА** Велаксина пролонгированного действия составляет 75 мг 1 раз в сутки
- **УВЕЛИЧИТЬ ДОЗУ** можно с интервалом 1 раз в 2 недели и более. Максимальная суточная доза 375 мг

Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата: ВЕЛАКСИН® (Венлафаксин)

Фармакотерапевтическая группа: психоаналептические лекарственные средства; антидепрессанты; прочие антидепрессанты. Код АТХ: N06AX16. Велаксин капсулы пролонгированного действия 75, 150 мг. Показания к применению: Лечение эпизодов большого депрессивного расстройства. Профилактика рецидива эпизодов большого депрессивного расстройства. Лечение генерализованных тревожных расстройств. Лечение социальных тревожных расстройств. Режим дозирования: Рекомендованная начальная доза Венлафаксина пролонгированного действия - 75 мг один раз в сутки. Пациентам, у которых начальная доза 75 мг/сутки не оказывает терапевтического действия, для получения пользы от препарата дозу можно увеличить до максимальной дозы - 375 мг/сутки. Увеличивать дозу можно с интервалами в 2 недели или более. При наличии клинических показаний, при тяжелых симптомах допускается увеличение дозы с меньшими интервалами, однако такие интервалы должны быть не менее 4 дней. Лица пожилого возраста Сам по себе возраст не является причиной для коррекции дозы Венлафаксина. Однако при лечении пожилых пациентов требуется соблюдать осторожность (например, в связи с возможным нарушением функции почек, возможностью возрастного изменения чувствительности к нейромедиаторам и их средства к рецепторам). Способ применения. Для приема внутрь. Рекомендуется принимать капсулы пролонгированного действия Велаксин® во время еды, примерно в одно и то же время суток. Противопоказания: гиперчувствительность к действующему веществу или к любому из вспомогательных веществ. Совместное применение с необратимыми ингибиторами моноаминоксидазы (ИМАО) противопоказано ввиду риска развития серотонинового синдрома, сопровождающегося такими симптомами как психомоторное возбуждение, тремор и гипертермия. Прием Венлафаксина нельзя начинать раньше, чем через 14 дней после прекращения лечения необратимыми ИМАО. Прием Венлафаксина необходимо прекратить не менее чем за 7 дней до начала лечения необратимыми ИМАО. Беременность и лактация: отсутствуют адекватные данные о применении Венлафаксина у беременных женщин. Венлафаксин и его активный метаболит О-десметилвенлафаксин выделяются в грудное молоко. Хранить в сухом месте при температуре ниже 30°C.

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ.

Рекламный материал предназначен для специалистов здравоохранения. Для размещения в печатных изданиях. На правах рекламы. Имеются противопоказания и нежелательные реакции. Не принимать при беременности без явной необходимости.

ЗАО Фармацевтический завод
«Эгис» (Венгрия) в РБ,
пер. Ермака ба.
Тел.: (+375 17) 227 35 51,
e-mail: info@egis.by

Международный
научно-практический
журнал

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

International Scientific Journal

Psychiatry psychotherapy and Clinical Psychology

PSIHIATRIJA, PSIHOTERAPIJA I KLINICHESKAJA PSIHOLOGIJA

psihea.recipe.by

2024, том 15, № 4

2024 Volume 15 Number 4

Основан в 2010 г.

Founded in 2010

Беларусь

Журнал зарегистрирован

в Министерстве информации
Республики Беларусь
Регистрационное свидетельство № 610

Учредители:

УП «Профессиональные издания»,
ОО «Белорусская психиатрическая ассоциация»,
ОО «Белорусская ассоциация психотерапевтов»

Адрес редакции:

220035, Республика Беларусь,
г. Минск, ул. Тимирязева, 67, офис 1103, п/я 5.
Тел.: +375 (17) 322 16 59
e-mail: psihea@recipe.by

Директор

Евтушенко Л.А.

Заместитель главного редактора Глушук В.А.

Руководитель службы рекламы и маркетинга Коваль М.А.

Технический редактор Каулькин С.В.

Подписка

в каталоге РУП «Белпочта» (Беларусь)
индивидуальный индекс 01078,
ведомственный индекс 010782

В электронных каталогах на сайтах агентств:

ООО «Прессинформ», ООО «Криэтив Сервис Бэнд»,
ООО «Екатеринбург-ОПТ», ООО «Глобалпресс»

Электронная версия журнала доступна на сайтах psihea.recipe.by,
в Научной электронной библиотеке eLibrary.ru, в базе данных East View,
в электронной библиотечной системе IPRbooks

По вопросам приобретения журнала обращайтесь в редакцию

Журнал выходит 1 раз в 3 месяца

Цена свободная

Подписано в печать: 29.11.2024

Тираж 500 экз.

Заказ №

Формат 70x100 1/16. Печать офсетная

Отпечатано в типографии

Производственное дочернее унитарное предприятие

«Типография Федерации профсоюзов Беларуси».

Свидетельство о государственной регистрации издателя,

изготовителя, распространителя печатных изданий

№2/18 от 26.11.2013.

пл. Свободы, 23-94, г. Минск. ЛП №02330/54 от 12.08.2013.

© «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология»

Авторские права защищены. Любое воспроизведение материалов
издания возможно только с обязательной ссылкой на источник.

© УП «Профессиональные издания», 2024

© Оформление и дизайн. УП «Профессиональные издания», 2024

Belarus

The journal is registered

in the Ministry of information
of the Republic of Belarus
Registration certificate №610

Founders:

UE "Professional Editions",
The Belarusian Psychiatric Association,
The Belarusian Association of Psychotherapists

Address:

67 Timiryazev str., office 1103,
Minsk, 220035, Republic of Belarus, P.O. box 5
Phone: +375 (17) 322 16 59
e-mail: psihea@recipe.by

Director

Evtushenko L.

Deputy editor-in-chief Glushuk V.

Head of advertising and marketing Koval M.

Technical editor Kaulkin S.

Subscription

In the catalogue of the Republican Unitary

Enterprise "Belposhta" (Belarus):

individual index – 01078, departmental index – 010782

In electronic catalogs on web-sites of agencies: LLC "Pressinform",
LLC "Krieditiv Servis Bend", LLC "Ekaterinburg-OPT", LLC "Globalpress"

The electronic version of the journal is available on psihea.recipe.by,
on the Scientific electronic library eLibrary.ru, in the East View database,
in the electronic library system IPRbooks

Concerning acquisition of the journal address to the editorial office

The frequency of journal is 1 time in 3 months

The price is not fixed

Sent for the press 29.11.2024

Circulation is 500 copies

Order №

Format 70x100 1/16. Litho

Printed in

© "Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology"

Copyright is protected. Any reproduction of materials of the edition is
possible only with an obligatory reference to the source.

© "Professional Editions" Unitary Enterprise, 2024

© Design and decor of "Professional Editions" Unitary Enterprise, 2024

Беларусь

Главный редактор

Евсегнеев Роман Александрович, доктор медицинских наук, профессор, Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения Белорусского государственного медицинского университета (Минск)

Редакционный совет:

Айзберг О.Р. кандидат медицинских наук, доцент, Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения Белорусского государственного медицинского университета (Минск)
Александров А.А., кандидат медицинских наук, доцент, Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология» (Минск)
Доморацкий В.А., доктор медицинских наук, профессор (Минск)
Дукорский В.В., кандидат медицинских наук, доцент, Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь (Минск)
Евсегнеева Е.Р., кандидат медицинских наук, доцент, Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения Белорусского государственного медицинского университета (Минск)
Каминская Ю.М., кандидат медицинских наук, Республиканский научно-практический центр психического здоровья (Минск)
Карлюк В.А., кандидат медицинских наук, доцент (Гродно)
Кириличенко А.А., доктор медицинских наук, доцент, Витебский государственный медицинский университет (Витебск)
Копытов А.В., доктор медицинских наук, профессор, Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
Королева Е.Г., доктор медицинских наук, профессор, Гродненский государственный медицинский университет (Гродно)
Остянко Ю.И., кандидат медицинских наук, Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь (Минск)
Пятницкая И.В., кандидат медицинских наук, доцент, Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
Ремизевич Р.С., кандидат медицинских наук, доцент, Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения Белорусского государственного медицинского университета (Минск)
Скугаревская М.М., доктор медицинских наук, доцент, Республиканский научно-практический центр психического здоровья (Минск)
Скугаревский О.А., доктор медицинских наук, профессор, Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
Ходжаев А.В., кандидат медицинских наук, доцент, Министерство здравоохранения Республика Беларусь (Минск)

Рецензируемое издание

Журнал включен в международные базы Scopus, EBSCO, Ulrich's Periodicals Directory, CNKI, РИНЦ.

Входит в Перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования результатов диссертационных исследований (решение коллегии ВАК от 12.06.2009, протокол № 11/6).

Ответственность за точность приведенных фактов, цитат, собственных имен и прочих сведений, а также за разглашение закрытой информации несут авторы.
Редакция может публиковать статьи в порядке обсуждения, не разделяя точку зрения автора.

Ответственность за содержание рекламных материалов и публикаций с пометкой «На правах рекламы» несут рекламодатели.

Россия

Главный редактор

Краснов Валерий Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии филиал Национального исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Москва)

Редакционный совет:

Александровский Ю.А., доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, член-корреспондент РАН, Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В. П. Сербского (Москва)
Бобров А.Е., доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава России (Москва)
Бохан Н.А., доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, НИИ психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАМН (Томск)
Вельтищев Д.Ю., доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва)
Говорин Н.В., доктор медицинских наук, профессор, Читинская государственная медицинская академия (Чита)
Григорьева Е.А., доктор медицинских наук, профессор, Ярославская государственная медицинская академия (Ярославль)
Егоров А.Ю., доктор медицинских наук, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова (Санкт-Петербург)
Иванец Н.Н., доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, Клиника психиатрии имени С.С. Корсакова (Москва)
Игумнов С.А., доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии, Институт нейронаук и нейротехнологий Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова» (Москва)
Кульгина М.А., кандидат медицинских наук, Психиатрическая клиническая больница №1 имени Н.А. Алексеева (Москва)
Мосолов С.Н., доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва)
Незванов Н.Г., доктор медицинских наук, профессор, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (Москва)
Немцов А. В., доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва)
Николаев Е.Л., доктор медицинских наук, доцент, Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова (Чебоксары)
Петрова Н.Н., доктор медицинских наук, профессор, Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)
Пивень Б.Н., доктор медицинских наук, профессор, Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)
Решетников М.М., доктор медицинских наук, профессор, Восточно-Европейский институт психоанализа (Санкт-Петербург)
Савенко Ю.С., кандидат медицинских наук, Независимая психиатрическая ассоциация России (Москва)
Сафанов Ф.С., доктор психологических наук, профессор, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Москва)
Северный А.А., кандидат медицинских наук, Ассоциация детских психотерапевтов и психологов (Москва)
Семенова Н.Д., кандидат психологических наук, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва)
Холмогорова А.Б., доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва)
Шамрей В.К., доктор медицинских наук, профессор, Военно-медицинская академия (Санкт-Петербург)
Шевченко Ю.С., доктор медицинских наук, профессор, Российская медицинская академия последилового образования (Москва)

Международный
научно-практический
журнал

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

International Scientific Journal

Psychiatry psychotherapy and Clinical Psychology

PSIHIATRIJA, PSIHOTERAPIJA I KLINICHESKAJA PSIHOLOGIJA

psihea.recipe-russia.ru

2024, том 15, № 4

2024 Volume 15 Number 4

Основан в 2010 г.

Founded in 2010

Россия

Журнал зарегистрирован

Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых
коммуникаций (Роскомнадзор)
Свидетельство ПИ № ФС77-64063

Учредитель и издатель

ООО «Вилин – Профессиональные издания»

Адрес редакции:

214522, Смоленская обл., Смоленский р-н,
с.п. Катинское, п. Авторемзавод, д. 1А, пом. 413
E-mail: psihea.recipe@recipe.by

Редакция:

Директор А.В. Сакмаров

Подписка

В электронных каталогах на сайтах агентств:
ООО «Прессинформ», ООО «Криэтив Сервис Бэнд»,
ООО «Екатеринбург-ОПТ», ООО «Глобалпресс»

Электронная версия журнала доступна на сайтах psihea.
recipe-russia.ru, в Научной электронной библиотеке eLibrary.ru,
в базе данных East View, в электронной библиотечной системе
IPRBooks

По вопросам приобретения журнала обращайтесь в редакцию
Журнал выходит 1 раз в 3 месяца
Цена свободная
Подписано в печать: 29.11.2024
Дата выхода в свет: 12.12.2024
Тираж 3000 экз.
Заказ №
Формат 70x100 1/16. Печать офсетная
16+

Отпечатано в типографии

Производственное дочернее унитарное предприятие
«Типография Федерации профсоюзов Беларуси».
Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий
№2/18 от 26.11.2013.
пл. Свободы, 23-94, г. Минск. ЛП №02330/54 от 12.08.2013.

© «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология»
Авторские права защищены. Любое воспроизведение
материалов издания возможно только с обязательной ссылкой
на источник.
© ООО «Вилин – Профессиональные издания», 2024

Russia

The journal is registered

by the Federal Service for Supervision
of Communications, Information Technology,
and Mass Media (Roskomnadzor)
Certificate ПИ No. ФС77-64063

Founder and Publisher

LLC "Vilin – Professional Editions"

Editorial address:

214522, Smolensk region, Smolensk district,
rural settlement Katynskoye, Avtozemzavod village, 1A, office 413
E-mail: psihea.recipe@recipe.by

Editorial office

Director A. Sakmarov

Subscription

In electronic catalogs on web-sites of agencies: LLC "Pressinform",
LLC "Krieditiv Servis Bend", LLC "Ekaterinburg-OPT", LLC "Globalpress"

The electronic version of the journal is available on psihea.recipe.
by, on the Scientific electronic library eLibrary.ru, in the East View
database, in the electronic library system IPRBooks

Concerning acquisition of the journal address to the editorial office
The frequency of journal is 1 time in 3 months
The price is not fixed
Sent for the press 29.11.2024
Release date 12.12.2024
Circulation is 3000 copies
Order №
Format 70x100 1/16. Litho
16+

Printed in

© "Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology"

Copyright is protected. Any reproduction of materials of the edition
is possible only with an obligatory reference to the source.
© LLC "Vilin – Professional Editions", 2024

Belarus

Editor-in Chief

Roman A. Evsegneeve, Doctor of Medical Sciences, Professor, Institute of Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of the Belarusian State Medical University (Minsk)

Editorial Board:

Oleg R. Aizberg, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Institute of Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of the Belarusian State Medical University (Minsk)
Aleksey A. Alexandrov, Candidate of Medical Sciences, Minsk Regional Clinical Center "Psychiatry – Narcology" (Minsk)
Vladimir A. Domoradsky, Doctor of Medical Sciences, Professor (Minsk)
Vladimir V. Dukorsky, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, State Committee of Forensic Expertise of the Republic of Belarus (Minsk)
Ekaterina R. Evsegneeve, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Institute of Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of the Belarusian State Medical University (Minsk)
Yulia M. Kaminskaya, Candidate of Medical Sciences, Republican Scientific and Practical Center for Mental Health (Minsk)
Valentina A. Karpuyuk, PhD, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor (Grodno)
Alexander A. Kirpichenko, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Vitebsk State Medical University (Grodno)
Alexander V. Khodzhaev, Doctor of Medical Sciences Associate Professor, Ministry of Health of the Republic of Belarus (Minsk)
Andrey V. Kopytov, Doctor of Medical Sciences, Belarusian State Medical University (Minsk)
Elena G. Koroleva, Doctor of Medical Sciences, Professor, Grodno State Medical University (Grodno)
Yuri I. Ostyanko, Candidate of Medical Sciences, State Committee of Forensic Examinations of the Republic of Belarus (Minsk)
Inna V. Pyatnitskaya, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Institute of Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of the Belarusian State Medical University (Minsk)
Roman S. Remizevich, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Institute of Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of the Belarusian State Medical University (Minsk)
Marina M. Skugarevskaya, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Belarusian State Medical University (Minsk)
Oleg A. Skugarevsky, Doctor of Medical Sciences, Professor, Belarusian State Medical University (Minsk)

Peer-reviewed edition

The Magazine is Included in the International Databases of Scopus, Ebsco, Ulrich's Periodicals Directory, CNKI, RSCI.

The Journal is Included into a List of Scientific Publications of the Republic of Belarus for the Publication of the Results of the Dissertation Research (HCC Board Decision of 12.06.2009, Protocol No. 11/6).

Responsibility for the Accuracy of the Given Facts, Quotes, Own Names and Other Data, and also for Disclosure of the Classified Information Authors Bear.

Editorial Staff Can Publish Articles as Discussion, Without Sharing the Point of View of the Author.

Responsibility for the Content of Advertising Materials and Publications with the Mark "on the Rights of Advertising" are Advertisers.

Russia

Editor-in Chief

Valery N. Krasnov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Moscow Research Institute of Psychiatry, affiliate of National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbskiy (Moscow)

Editorial Board:

Alla B. Kholmogorova, Doctor of Medical Sciences, Professor, Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Alexander V. Nemtsov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Alexey E. Bobrov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Alexey Yu. Yegorov, Doctor of Medical Sciences, Professor, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov (Saint Petersburg)
Anatoly A. Severny, Candidate of Medical Sciences, Association of Child Psychotherapists and Psychologists (Moscow)
Boris N. Piven, Doctor of Medical Sciences, Professor, Altai State Medical University (Barnaul)
Dmitry Yu. Veltischev, Doctor of Medical Sciences, Professor, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Elena, A. Grigorieva, Doctor of Medical Sciences, Professor, Yaroslavl State Medical Academy (Yaroslavl)
Evgeny L. Nikolaev, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Chuvash State University named after I. N. Ulyanov (Cheboksary)
Maya A. Kulygina, Candidate of Medical Sciences, Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev (Moscow)
Mikhail M. Reshetnikov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Eastern European Institute of Psychoanalysis (Saint Petersburg)
Nataliya N. Petrova, Doctor of Medical Sciences, Professor, St. Petersburg State University (Saint Petersburg)
Natalia D. Semenova, Candidate of Psychological Sciences, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Nikolay A. Bokhan, Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of the Russian Scientific Academy, Mental Health Research Institute of the Tomsk Scientific Center of the Siberian Department of the RAMS (Tomsk)
Nikolay V. Govorin, Doctor of Medical Sciences, Professor, Chita State Medical Academy (Chita)
Nikolai N. Ivanets, Doctor of Medical Sciences, Professor, Corresponding Member of the RAMS, Psychiatry Clinic named after S. S. Korsakov (Moscow)
Nikolay G. Neznanov, Doctor of Medical Sciences, Professor, V. M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (Moscow)
Sergey A. Igumnov, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Institute of Neuroscience and Neurotechnology of the Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov (Moscow)
Sergey N. Mosolov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Scientific and Methodological Center of Therapy of Mental Diseases, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Vladislav K. Shamrey, Doctor of Medical Sciences, Professor, Military Medical Academy (Saint Petersburg)
Yuriy A. Alexandrovsky, Doctor of Medical Sciences, Professor, Corresponding Member of the RAMS, State Scientific Center of Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbskiy (Moscow)
Yuri S. Savenko, Candidate of Medical Sciences, Independent Psychiatric Association of Russia (Moscow)
Farit S. Safuanov, National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbskiy (Moscow)
Yuriy S. Shevchenko, Doctor of Medical Sciences, Professor, Russian Medical Academy of Postgraduate Education (Moscow)

Мемантин 10 мг №28

Ментасан

ТЕРАПИЯ
ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ
ДОСТОИНСТВА

Препарат выбора для умеренных и тяжелых стадий
болезни Альцгеймера

- Улучшает концентрацию внимания, память, способность к обучению
- Стабилизирует и снижает прогрессирование деменции
- Уменьшает симптомы возбуждения и агрессии
- Повышает активность и инициативность пациентов



ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ. Реклама.

Имеются противопоказания и нежелательные реакции. Имеются особые условия применения во время беременности.

Производитель: Sun Pharma Laboratories Limited, Индия

Представительство ООО «Sun Pharmaceutical Industries Ltd.» в Республике Беларусь,

220113, г. Минск, ул. Мележа, д.1, офис 1118, тел./факс (017) 364 54 57

e-mail: minsk-office@sunpharma.org

www.sunpharma.com



Оригинальные исследования.

Научные публикации

Малова Ю.В., Суфиянова Л.Р., Кирюхина Е.С.
Отношение к пищевому поведению
и уровень тревоги у сотрудников
COVID-госпиталей 385

*Ансам Хуссейн Мухей Аль-Агеле,
Саиб Джасим Аль-Шувайли,
Хусам Рехан Фадхил*
Выявление стресса: оценка
тревожности и депрессии
у медицинских работников в Ираке
во время COVID-19 401

*Кулыгина М.А., Чернов Н.В.,
Моисеева Т.В., Бердалин А.Б.,
Гришанина А.М., Федорова Е.В.,
Николкина Ю.А., Сатьянова Л.С.,
Карпенко О.А.*
Исследование нарушений
когнитивных процессов у пациентов
с нервной анорексией, находящихся
на лечении в стационаре 408

Сумина Н.Е., Калимулина И.Р.
Коррекция эмоционального
выгорания средствами адаптивной
физической культуры: пилотный этап 425

*Литвинчук Е.А., Кантина Т.Э.,
Буртовая Е.Ю.*
Немедикаментозная коррекция
когнитивных нарушений у лиц,
подвергшихся облучению 433

Обзоры. Лекции. Учебные материалы

Петрова Н.Н.
Депрессия в структуре разных
психических расстройств
и когнитивные нарушения 442

Гур А.О.

Объективизация психопатологии:
необходимость валидных оценок
в динамике психотических
расстройств. Обзор литературы 452

*Ноздрачев Д.И., Крюков В.В.,
Краснов В.Н.*
Окулографические исследования
в клинике аффективных
расстройств: обзор литературы.
Сообщение 2: биполярное
аффективное расстройство 458

Диагностика и лечение психических и поведенческих расстройств

*Хмара Н.В., Пицко Т.П.,
Ермоленко В.А., Тришкина Е.П.,
Машуков И.Л.*
Вторичная кататония: отчет
о клиническом случае
и литературный обзор 466

Александровский Ю.А.
Клинико-диагностическая оценка
социально-стрессовых расстройств 473

Дискуссии

*Дукорский В.В., Зайцева Л.Л.,
Остянко Ю.И., Скугаревский О.А.*
Моральный вред, причиненный
преступлением, или психическая
травма? (Анализ позиции
следователей) 479

Плоткин Ф.Б.
Когнитивный диссонанс
и его роль в формировании *circuli
vitiosi* в структуре аддиктивного
заболевания 489

Original Research. Scientific Publications

Malova Y., Sufiyanova L., Kiryukhina E.
 Attitudes toward Eating Behavior
 and Anxiety Levels in COVID
 Hospital Employees 386

*Ansam Hussein Muhei Al-Agele,
 Saeb Jasim Al-Shuwaili,
 Husam Rehan Fadhil*
 Unmasking Stress: Assessing Anxiety
 and Depression upon Healthcare
 Providers in Iraq Through
 the COVID-19 Era 400

*Kulygina M., Chernov N., Moiseeva T.,
 Berdalin A., Grishanina A., Fedorova E.,
 Nikolkina Yu., Satyanova L., Karpenko O.*
 A Study of Cognitive Dysfunction
 in Hospitalized Patients with Anorexia
 Nervosa 409

Sumina N., Kalimulina I.
 Correction of Emotional Burnout
 by Means of Adaptive Physical Culture:
 Pilot Stage 426

Litvinchuk E., Kantina T., Burtovaia E.
 Non-Pharmacological Treatment
 of Cognitive Impairment in People
 Exposed to Radiation 434

Petrova N.
 Depression in the Structure
 of Various Mental Disorders
 and Cognitive Impairment 443

Reviews. Lectures. Training materials

Hur A.
 Objectification of Psychopathology:
 the Need for Valid Assessments
 in the Dynamics of Psychotic
 Disorders 452

Nozdrachev D., Kryukov V., Krasnov V.
 Oculographic Studies in Affective
 Disorders: a Review of the Literature.
 Part 2: Bipolar Disorder 459

**Diagnosis and Treatment of Mental
 and Behavioral Disorders**

*Hmara N., Pitsko T., Ermolenko V.,
 Tryshkina A., Mashukou I.*
 Secondary Catatonia: a Case Report
 and Literature Review 467

Aleksandrovsky Y.
 Clinical and Diagnostical Assessment
 of Social Stress Disorders 473

Discussions

*Dukorsky V., Zaitseva L., Ostianko Yu.,
 Skugarevsky O.*
 Moral Injury Caused by a Crime
 or Psychological/Psychiatric Injury?
 (Analysis of the Investigators'
 Position) 480

Plotkin F.
 Cognitive Dissonance and its Role
 in the Formation of Circuli Vitiosi
 in the Structure of Addictive Disease 489

<https://doi.org/10.34883/PI.2024.15.4.011>



Малова Ю.В.¹ ✉, Суфиянова Л.Р.¹, Кирюхина Е.С.²

¹ МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

² Городская клиническая больница № 52, Москва, Россия

Отношение к пищевому поведению и уровень тревоги у сотрудников COVID-госпиталей

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, редактирование, сбор данных, обработка и анализ результатов, написание текста – Малова Ю.В.; обработка и анализ результатов – Суфиянова Л.Р.; сбор и обработка данных – Кирюхина Е.С.

Подана: 06.10.2024

Принята: 21.11.2024

Контакты: malova_yuv@mail.ru

Резюме

Введение. Работа в условиях экстремальности влияет как на актуальное психологическое состояние, так и на отношение к факторам здорового образа жизни.

Цель. Провести качественную оценку субъективного отношения к пищевому поведению, готовности к его изменению (под влиянием информации об избыточном весе как факторе риска тяжелого течения COVID-19), уровня тревоги и активного изменения пищевого поведения в структуре психологической адаптации к работе в экстремальных условиях у медицинских работников COVID-госпиталей.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 199 медицинских работников разного уровня медицинской компетенции, работающих в «красной» и «зеленой» зонах COVID-госпиталей, которые ответили на открытые вопросы анкеты из 8 вопросов, выявляющей представленность факторов здорового образа жизни, самостоятельность и активность в отношении них, в том числе с фокусировкой на актуальной ситуации пандемии COVID-19. Также сотрудники COVID-госпиталей были протестированы по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS (A) (подшкала тревоги) и опроснику Ч.Д. Спилбергера (шкала характерологической тревожности).

Результаты. В ситуации работы в COVID-госпитале представленность в сознании избыточного веса как фактора риска для жизни взаимосвязана с контролем веса на поведенческом уровне. Эти показатели достоверно выше (на уровне значимости $p \leq 0,05$) у сотрудников с более высоким уровнем медицинской компетенции. Активность в отношении контроля факторов здорового образа жизни (ЗОЖ) выше при погранично высоком уровне актуальной тревоги, чем при критически высоком ($p \leq 0,05$). При критически высоком уровне тревоги у респондентов достоверно снижается количество упоминаний активного контроля пищевого поведения.

Заключение. Для коррекции пищевого поведения погранично высокий уровень актуальной тревоги является оптимальным. Группой риска снижения контроля пищевого поведения и появления нежелательных паттернов пищевого поведения являются сотрудники с критически высокими показателями уровня актуальной тревоги. Для формирования наиболее адаптивных поведенческих стратегий и активного контроля пищевого поведения у длительно работающих в потенциально стрессогенной ситуации необходима психопрофилактическая и психообразовательная работа

в группе более молодых сотрудников (до 35 лет), а также мониторинг и коррекция критически высокого уровня актуальной тревоги.

Ключевые слова: пищевое поведение, контроль массы тела, персонал COVID-госпиталя, уровень тревоги, экстремальная ситуация

Malova Y.¹ ✉, Sufiyanova L.¹, Kiryukhina E.²

¹Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

²Moscow State Clinical Hospital No 52, Moscow, Russia

Attitudes toward Eating Behavior and Anxiety Levels in COVID Hospital Employees

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: research concept and design, editing, data collection, processing and analysis of results, writing text – Malova Y.; processing and analysis of results – Sufiyanova L.; data collection and processing – Kiryukhina E.

Submitted: 06.10.2024

Accepted: 21.11.2024

Contacts: malova_yuv@mail.ru

Abstract

Introduction. Factors of the extreme situation influence both - psychological state as well as attitudes towards healthy lifestyle components.

Purpose. Qualitative research of the personal attitude towards eating behavior, readiness to its change (under the influence of information about excess weight as a risk factor for severe COVID-19), anxiety level and of active change of eating behavior in complex psychological adjustment of COVID-19 hospital medical professionals to work in extreme conditions.

Materials and methods. 199 medical professionals with different levels of medical competence, of "Red" and "Green" working zones of COVID-hospitals reported their answers to the 8 questions about their mindful representation of Factors of Healthy Lifestyle, self-control and activity in relation to these factors, especially in taking in account the actual COVID-19 pandemic situation. All respondents were examined with Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS (A) (anxiety subscale) and scale of Trait Anxiety of Spielberger Test.

Results. There is an evidence of statistic relationship between mindful representation of the excess weight as risk factor for severe COVID-19 and eating control in self-reported behavioral patterns of workers of COVID-hospitals. Also eating control in behavioral patterns is more evident in group with higher level of medical competence (at $p \leq 0,05$ significance level). Active behavioral control towards Healthy Lifestyle Factors is more evident in the group with Borderline Abnormal Anxiety Level in comparison with group with Abnormal Anxiety Level ($p \leq 0,05$). The eating control behavioral patterns are less evident in group with Abnormal Anxiety Level.

Conclusion. Borderline Abnormal Anxiety Level seems to be most prognostic efficient for correction of eating behavior. The risk group of loss of control of eating behavior – workers, who survive Abnormal Anxiety Level. For elaboration the better adjustment behavior and

active control of eating behavior in groups of professionals who experience chronic stress of extreme situation the psychoprophilactic and psychoeducation psychological help is recommended for younger professionals (younger than 35) and also the actual Abnormal Anxiety Level should be psychologically treated.

Keywords: eating behavior, weight control, workers of COVID-hospital, anxiety level, extreme situation

■ ВВЕДЕНИЕ

Формирование здоровьесберегающих паттернов пищевого поведения – актуальная задача медицины и медицинской психологии. В патогенезе нежелательных паттернов пищевого поведения (которые могут трансформироваться в собственно расстройства пищевого поведения), приводящих, в частности, к опасному для здоровья и жизни ожирению, часто участвуют ситуационные факторы. Среди них исследователи отмечают ситуации, в которых сочетаются опасность и деятельность, требующая бодрствования и повышенного напряжения деятельности [1]. Начало борьбы с пандемией (февраль – июнь 2020 г.) характеризовалось крайне высоким уровнем стрессогенности [2], драматичной неопределенностью в поиске эффективных средств профилактики и лечения, в первую очередь отсутствием вакцины как средства профилактики тяжелого течения COVID-19; высоким уровнем угрозы для жизни не только пациентов, но и самих медицинских работников. Жизнеугрожающий характер заболевания наглядно подтверждался аномально большим количеством летальных исходов заболевания в отделениях интенсивной терапии в так называемых красных зонах (зонах непосредственного контакта с инфицированными пациентами) экстренно организованных COVID-госпиталей. Медицинские работники работали в чрезвычайной ситуации. Их психосоматическое благополучие – интегральная характеристика, принципиально значимая для актуальной и прогностической эффективности медицинской помощи в сложившейся критической ситуации [3]. Оно определяется как стабильными индивидуально-психологическими особенностями медицинского работника, так и уровнем актуальной тревоги и отношением к своему здоровью и его сохранению в период работы в чрезвычайной ситуации [4].

В экстремальной ситуации работы в COVID-госпитале можно предсказать повышение уровня актуальной тревоги. Показано, что повышенный уровень тревожности и наличие депрессивной симптоматики чаще сопровождаются большей выраженностью поведенческих факторов риска развития заболеваний (увеличение интенсивности курения, уменьшение доли лиц, соблюдающих диету, снижение физической активности) [10, 11].

Отношение к питанию и пищевое поведение являются значимыми характеристиками психического благополучия, участвуют в совладании со стрессом, взаимосвязаны с состоянием соматического здоровья. Ранее проведенные психологические исследования были направлены на изучение того, какие индивидуально-психологические характеристики [2] и стратегии совладания со стрессом [5] позволяют медицинскому персоналу наиболее благополучно справляться с воздействием длительной экстремальности и беспрецедентной моральной нагрузки. При этом недостаточно изучено изменение отношения к здоровью на 3 уровнях: представленности

в сознании факторов поддержания здоровья, таких как контроль пищевого поведения, физическая активность, поддержание психологического благополучия на интра- и интерперсональном уровне; самостоятельности в отношении этих факторов; собственно здоровьесберегающего поведения. Необходимо понять, что влияет на формирование паттернов пищевого поведения (часто обсуждаемого в терминах здорового образа жизни – ЗОЖ) в ситуации, экстремально тяжелой и хронически угрожающей жизни, соматическому здоровью и психологическому благополучию работы. Это поможет корректировать отношение к пищевому поведению и другим факторам ЗОЖ.

Пищевому поведению как фактору ЗОЖ в настоящее время уделяется особенное внимание. Парадоксальным образом этот фактор, один из наиболее доступных для самостоятельного произвольного контроля, также является и одним из наиболее часто откликающихся на психологическое неблагополучие [1].

В ситуации пандемии COVID-19 медицинские работники столкнулись с воздействием следующих групп факторов, потенциально влияющих на изменение отношения к ЗОЖ, в частности к собственному пищевому поведению и контролю веса:

- информация о преморбидных особенностях здоровья, таких как избыточный вес, как факторах риска наиболее тяжелого течения заболевания COVID-19;
- вынужденные неоптимальные для ЗОЖ условия труда и проведения свободного времени (снижение возможностей гармоничной двигательной нагрузки в условиях самоизоляции, сложности в организации разнообразного и своевременного питания, неблагоприятный режим труда и отдыха, сна, дискомфорт ношения средств индивидуальной защиты);
- потенциальная стрессогенность экстремального характера работы в COVID-госпитале (риск для жизни и здоровья, высокая ответственность в сочетании с высоким уровнем неопределенности прогноза и средств эффективного лечения заболевания).

В связи с этим исследование особенностей и закономерностей изменения отношения к ЗОЖ, в частности к пищевому поведению, на начальном этапе переработки опыта столкновения с пандемией способствует разработке теоретических основ коррекции пищевого поведения. Практически важным представляется поиск путей сохранения здоровья и оказания профилактической, психообразовательной и реабилитационной психологической помощи профессионалам, призванным работать в условиях длительной экстремальности.

Одним из важнейших параметров ЗОЖ является рациональное питание (т. е. научно обоснованные, в соответствии с особенностями здоровья индивида, рацион и режим питания). В ситуации пандемии COVID-19 избыточный вес заболевшего был отмечен как один из наиболее прогностически неблагоприятных факторов [6]. В подобной ситуации можно предположить, что ответственное отношение к правильному питанию должно занять важное место в выживании и поддержании работоспособности персонала COVID-госпиталей. Наряду с пищевым поведением важным фактором поддержания веса в оптимальном для здоровья диапазоне является двигательная активность. Также к системе здорового функционирования следует отнести динамически откликающийся на вызовы экстремальной ситуации ресурс индивидуально-психологического благополучия и ресурс взаимоотношений в непосредственном, ближайшем, окружении.

Профессиональное знание факторов риска для здоровья и осведомленность о необходимости коррекции пищевого поведения, к сожалению, не гарантируют активной реализации необходимых паттернов пищевого поведения [7]. Структура произвольно регулируемого изменения поведения в отношении факторов ЗОЖ у профессионалов, работающих в ситуации пандемии, зависит от многих интра-, интерперсональных факторов и специфических факторов данной экстремальной ситуации. Обобщая данные ряда работ, можно предположить, что переработка поступающей информации, осознание актуальных угроз и собственных потребностей, поведенческий отклик индивидуально специфичны и связаны с доинцидентальной (до пандемии) научно-медицинской осведомленностью сотрудников COVID-госпиталей [7–9].

Здоровый образ жизни медицинского работника – это проявление профессиональной и социальной ответственности. Ранее опубликованные данные свидетельствуют, что приверженность врача более здоровому образу жизни и контролю факторов риска повышает доверие пациентов к его рекомендациям [8, 9]. В связи с этим оценка субъективного отношения к пищевому поведению, в том числе направленного на профилактику избыточного веса и ожирения, а также оценка готовности к целесообразной коррекции пищевого поведения у медицинских работников, участвующих в борьбе с пандемией, представляется важной задачей не только с позиции оценки потенциальных факторов риска для их собственного здоровья, но и, опосредованно, риска для здоровья пациентов, так как именно врач может являться для своих пациентов ролевой моделью поведения в отношении здоровья.

Структура, приоритеты отношения к различным компонентам ЗОЖ могут изменяться, в том числе при столкновении с опытом ситуации пандемии, экстремально фокусирующим внимание на факторах, прямо или опосредованно угрожающих жизни и трудоспособности.

Особенности отношения к пищевому поведению в настоящем исследовании рассматриваются с учетом как ситуативных факторов, так и индивидуально-психологических характеристик медицинских работников.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести качественную оценку субъективного отношения к пищевому поведению, готовности к его изменению (под влиянием информации об избыточном весе как факторе риска тяжелого течения COVID-19), уровня тревоги и активного изменения пищевого поведения в структуре психологической адаптации к работе в экстремальных условиях у медицинских работников COVID-госпиталей.

Основной задачей исследования было выявить у сотрудников COVID-госпиталей («красной» и «зеленой» зон) структуру и особенности:

- представленности в сознании факторов здорового питания и риска нежелательного увеличения индекса массы тела (веса), включая специфичную в ситуации пандемии представленность в сознании необходимости коррекции веса из-за дополнительных рисков вследствие избыточного веса при инфицировании вирусом SARS-CoV-2 (COVID-представленность);
- самостоятельности в отношении контроля и регуляции воздействия этих факторов;
- активности, направленной на коррекцию этих факторов.

Кроме этого, мы оценивали взаимосвязь показателей характерологической тревожности (как стабильной психологической особенности) и уровня ситуативной (актуальной) тревоги респондентов и параметров отношения к пищевому поведению и контролю веса.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное исследование проводилось в лечебных учреждениях во время их работы в качестве инфекционных COVID-госпиталей в апреле – мае 2020 г. Период проведения исследования: 4–5-я недели от начала работы по оказанию помощи пациентам с COVID-19 в каждом из 2 COVID-госпиталей, организованных на базе городских клинических больниц города Москвы.

В 2 COVID-госпиталях города Москвы сотрудников отделений «красной» и «зеленой» зон попросили принять участие в исследовании. Отказов практически не было. Респонденты были вовлечены в исследование на рабочем месте, в отделениях госпиталей, заполняли анкеты и проходили тестирование в стенах госпиталя, в перерывах или в конце работы. Из исследования были исключены испытуемые, которые не нашли возможности полностью пройти тестирование и опрос. Бланки были переданы респондентам через контактное лицо – сотрудника соответствующего отделения, заполнены респондентами от руки. Было опрошено и протестировано 199 медицинских работников, работавших в «красной» и «зеленой» зонах оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19. Отказов от участия в исследовании не было. Все респонденты дали информированное согласие на проведение исследования и обработку персональных данных.

С учетом данных литературы, подтверждающих, что медицинские знания положительно влияют на поведение в отношении здоровья [12], все респонденты были разделены на 3 уровня, условно названные нами уровнями медицинской компетентности с точки зрения глубины понимания патогенеза, факторов риска заболеваний, научной критичности в отношении обыденных представлений о здоровье: старший медперсонал – врачи, научные сотрудники; средний медперсонал – медицинские сестры, лаборанты; младший медперсонал – санитары, регистраторы. Также респонденты были разделены на 2 возрастные группы – младше 35 лет и 35 лет и старше. Также среди анализируемых факторов была работа в «красной» или «зеленой» зоне. Сотрудники, работавшие в «зеленой» зоне, не имели непосредственного контакта с инфицированными пациентами, но были в идентичном информационном поле, условия их труда также характеризовались повышенной напряженностью, связанной с большой интенсивностью, ненормированностью труда в условиях пандемии, необходимостью длительное время находиться в средствах индивидуальной защиты, субъективным переживанием повышенного риска заражения на рабочем месте, информацией о летальных исходах заболевания у пациентов госпиталя.

Все респонденты получили бланки опроса в бумажном варианте и заполняли их от руки, предоставив следующую информацию:

- 1) заполнили анкету с указанием демографических данных, зоны работы и должности, при желании респонденты сохраняли анонимность;
- 2) ответили на 8 открытых вопросов анкеты, выявляющей представленность факторов ЗОЖ и риска заболеваний, а также самостоятельность и активность в отношении них, в том числе с фокусировкой на актуальной ситуации пандемии COVID-19 (см. приложение);

- 3) актуальная тревога оценивалась с помощью опросника HADS (A) (Hospital Anxiety and Depression Scale, шкала тревоги A) [13]; балльные оценки были разделены на стандартные 3 интервала – нормальный (mild), погранично высокий (moderate) и критически высокий (severe) уровни тревоги;
- 4) доинцидентальная характерологическая тревожность оценивалась по опроснику Ч.Д. Спилбергера «Оценка ситуативной и личностной тревожности» в модификации на русском языке Ю.Л. Ханина (шкала характерологической (личностной – в оригинальном названии) тревожности) [14, 15].

Оценка отношения к пищевому поведению и готовности к его модификации проводилась по 4 параметрам на основании ответов респондентов на вопросы анкеты (см. приложение):

1. Представленность в сознании респондентов пищевого поведения и его конкретных, связанных с изменениями веса, параметров (представленность):
 - первоочередное упоминание параметров пищевого поведения и контроля веса при ответе на первый вопрос («Какие факторы образа жизни человека (среды и поведения) Вы считаете важными для его здоровья?»);
 - количество упоминаний параметров пищевого поведения при ответе на все 8 вопросов анкеты.
2. Представленность в сознании респондентов пищевого поведения и его конкретных параметров (связанных с изменениями веса) как значимого фактора жизнеугрожающего течения COVID-19 (COVID-представленность):
 - количество называемых параметров при ответе на 5-й вопрос анкеты («По Вашему мнению, что является наиболее существенными факторами риска для жизни при заражении (после заражения) COVID-19?»).
3. Признание возможности самостоятельно контролировать пищевое поведение – самостоятельность:
 - первоочередное упоминание параметров пищевого поведения и контроля веса во 2-м вопросе («Какие факторы, важные для здоровья, человек может контролировать?»).
4. Активное поведение, направленное на коррекцию, контроль пищевого поведения и контроль веса – активность:
 - количество параметров, названных при ответе на 4-й и 7-й вопросы («Что Вы делаете для сохранения своего здоровья?», «Что Вы уже изменили в образе жизни для поддержания своего здоровья?»).

Количество ответов не было ограничено. При количественной обработке полученных данных учитывались:

- упоминание конкретизированных факторов образа жизни при ответе на каждый вопрос;
- упоминание параметров, относящихся к пищевому поведению, питанию, еде вообще и отдельно, потенциально ведущих к нежелательному увеличению веса (массы тела).

При качественном анализе ответов респондентов мы в рамках этого исследования выявляли ответы, относящиеся к следующим категориям (выделяемым как категории ЗОЖ в различных исследованиях [13]):

- еда и питье (кроме жирного и сладкого, которые у всех респондентов трактуются как потенциальные факторы повышения массы тела);

- избыточный вес/ожирение (высококалорийная пища, сладкое, быстрые углеводы, избыточный вес, ожирение);
- физическая активность (физкультура, спорт, прогулки);
- интраперсональные психологические факторы (стрессоустойчивость, аутогенная тренировка, характеристики эмоционального благополучия);
- микросоциальный ресурс (межличностные отношения – в семье, на работе, с друзьями).

Полученные результаты качественного анализа ответов каждого испытуемого на каждый открытый вопрос анкеты в баллах от 0 до 5 (прямое численное выражение количества ответов, 5 – максимальное количество упоминаний каждой категории в нашем опросе) были представлены для статистической обработки.

Статистический анализ проводился при исследовании взаимосвязи показателей отношения к пищевому поведению (представленность, самостоятельность, активность, COVID-представленность) и соответствующих показателей отношения к другим факторам ЗОЖ (физическая активность, интраперсональные факторы, микросоциальный ресурс). Также исследовалась взаимосвязь этих показателей с доинцидентальной характерологической тревожностью и актуальной тревогой. Велся поиск достоверных различий в отношении к пищевому поведению и другим факторам ЗОЖ между группами, выделенными по демографическим и другим характеристикам, а также в группах с различным уровнем актуальной тревоги. Обработка результатов проводилась с использованием пакета статистических программ SPSS 22.0 для Windows (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). Проверка распределений на нормальность проводилась по критериям асимметрии и эксцесса, дополнительная проверка осуществлялась по критерию Колмогорова – Смирнова. Нормального распределения данных обнаружено не было, поэтому сравнение групп проводилось с помощью критерия Н Краскела – Уоллиса и критерия U Манна – Уитни. Для оценки наличия взаимосвязи между переменными использовался коэффициент корреляции r Спирмена. Критический уровень статистической значимости был установлен на уровне $p \leq 0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Характеристика респондентов представлена в табл. 1.

При оценке отношения к пищевому поведению и готовности к его модификации качественный анализ ответов на вопросы ЗОЖ-анкеты позволил выявить лидирующую представленность питания (пищевого поведения) как значимого фактора ЗОЖ в сознании респондентов – сотрудников COVID-госпиталей ($n=117$). Собственно, избыточный вес и напрямую ассоциированная с ним представленность употребления высококалорийной пищи выявлена у меньшего количества респондентов ($n=21$) (рис. 1).

Более 55% ($n=110$) респондентов при ответе на вопросы анкеты ставили питание (пищевое поведение) на первое место (при ответе хотя бы на 1 вопрос анкеты), особенно часто на первое место попадал этот фактор при ответе на второй вопрос («Какие факторы, важные для здоровья, человек может контролировать?»): у 41 респондента (более 20%) выявлена самостоятельность в отношении к пищевому поведению как к фактору, который человек может контролировать. Однако лишь 28 человек (14%) упоминают пищевое поведение на первом месте при ответе на четвертый

Таблица 1
Характеристика респондентов, включенных в исследование (n=199)

Table 1
Characteristics of respondents included in the study

Параметр	n (%)
Средний возраст (лет) M±SD	41,98±12,99
Мужчины	53 (26,6%)
Женщины	146 (73,4%)
Работающие в «красной» зоне	131 (66%)
Работающие в «зеленой» зоне	68 (34%)
Сотрудники COVID-госпиталей 1	149 (74,9%)
Сотрудники COVID-госпиталей 2	50 (25,1%)
Врачи (старший медперсонал)	112 (56,3%)
Средний медперсонал	69 (34,7%)
Младший медперсонал	18 (9%)

Количество медицинских работников, упоминающих в ответах факторы здорового образа жизни и риска заболеваний



Рис. 1. Упоминание фактора ЗОЖ и риска заболеваний при заполнении анкеты
Fig. 1. Mentioning the factor of healthy lifestyle and disease risk when completing the questionnaire

вопрос («Что Вы делаете для сохранения своего здоровья?»), т. е. отмечают, что они обычно уделяют первостепенное внимание (по сравнению с другими видами активности ЗОЖ) активности в произвольном регулировании режима и рациона питания, и лишь 10 человек сочли необходимым и нашли возможность уделить первоочередное внимание своему пищевому поведению в период пандемии (ответы на 7-й вопрос «Что Вы уже изменили в образе жизни для поддержания своего здоровья?»).

В результате статистической обработки был выявлен ряд взаимосвязей, а также различий в подгруппах, выделенных по признакам зоны работы, уровня медицинской компетентности, медучреждения.

У респондентов с более высоким уровнем медицинской компетентности (старший медперсонал) обнаружены достоверно более высокие показатели COVID-представленности фактора избыточного веса ($p=0,021$) по сравнению с показателями респондентов группы медсестер.

Обнаружен высокий уровень значимости корреляции COVID-представленности фактора избыточного веса (5-й вопрос) с показателем активности контроля веса (4-й и 7-й вопросы) ($p=0,015$).

В свою очередь, уровень самостоятельности в отношении параметров пищевого поведения (3-й и 6-й вопросы) имеет прямую корреляцию с уровнем активности в отношении пищевого поведения (4-й и 7-й вопросы).

При оценке уровня тревоги у сотрудников COVID-госпиталей более высокий уровень актуальной тревоги отмечался у медперсонала «красной» зоны и у сотрудников с более высоким уровнем медицинской компетентности (табл. 2).

Предсказуемо более высокий уровень актуальной тревоги был у медицинских работников с более высоким уровнем характерологической тревожности ($p<0,01$) (рис. 2).

На уровне тенденции ($p=0,082$) показатели актуальной тревоги были выше у сотрудников не старше 35 лет в сравнении с показателями коллег более старшего возраста.

Был выявлен достоверно более низкий уровень представленности фактора питания у медработников с погранично высоким уровнем актуальной тревоги по сравнению с группой медработников, имеющих нормальные показатели актуальной тревоги ($p=0,025$ по критерию U Манна – Уитни). Представленность фактора физической активности у медработников с погранично высоким уровнем актуальной тревоги выше по сравнению с группой медработников, имеющих критически высокие показатели актуальной тревоги ($p=0,013$). Показатели активности и самостоятельности в отношении факторов ЗОЖ в целом достоверно выше у сотрудников с погранично высоким уровнем актуальной тревоги в сравнении с критически высоким уровнем актуальной тревоги ($p=0,09$ и $p=0,23$ соответственно по критерию U Манна – Уитни). Группа сотрудников с критически высоким уровнем актуальной тревоги лидирует по упоминанию сна (уровень достоверности различий $p=0,012$ при сравнении с группой с нормальным уровнем актуальной тревоги и $p=0,021$ – при сравнении с группой с погранично высоким по критерию U Манна – Уитни) (табл. 3 и 4).

Таблица 2
Показатели уровня актуальной тревоги в группах сравнения медицинского персонала
Table 2
Indicators of the level of actual anxiety in comparison groups of medical personnel

Сравниваемые группы сотрудников	Уровень медицинской компетентности			Рабочая зона	
	1 Младший медперсонал (n=18) 9%	2 Средний медперсонал (n=69) 34,7%	3 Старший медперсонал (n=112) 56,3%	«зеленая» (n=78) 39,2%	«красная» (n=121) 60,8%
HADS (A), баллы, уровень тревоги; M±SD	3,5±2,61	5±3,39	5±3,71	4±3,32	5±3,63
p	0,040 по критерию H $p<0,05$			0,033 по критерию U $p<0,05$	

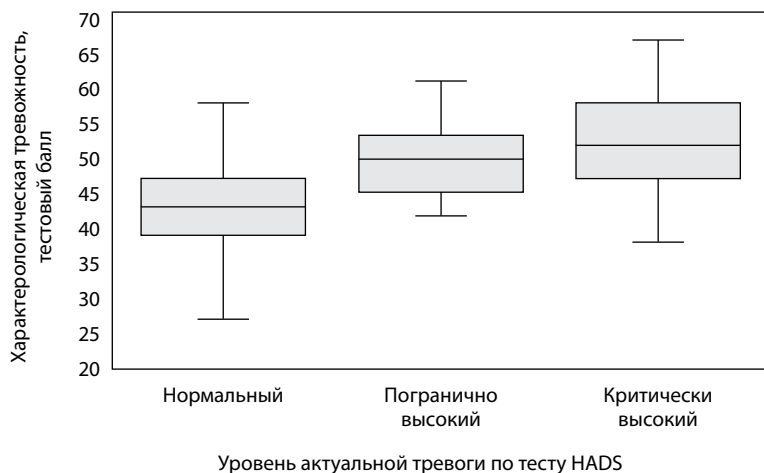


Рис. 2. Распределение показателей характерологической тревожности по тесту Спилберга – Ханина в группах с разным уровнем актуальной тревоги по тесту HADS
Fig. 2. Distribution of characterological anxiety indicators according to the Spielberger – Hanin test in groups with different levels of actual anxiety according to the HADS test

Таблица 3

Достоверность различий (по критерию Н Краскела – Уоллиса) показателей отношения к физической активности, пищевому поведению, факторам ЗОЖ в целом у сотрудников с разным уровнем актуальной тревоги по HADS

Table 3

Reliability of differences (by the Kraskell – Wallis criterion) of indicators of attitude to physical activity, eating behavior, factors of healthy lifestyle in general among employees with different levels of actual anxiety according to HADS

Показатель	Уровень актуальной тревоги по тесту HADS			Уровень значимости, р по критерию Н Краскела – Уоллиса
	Нормальный N=151 (76%)	Погранично высокий N=27 (13%)	Критически высокий N=21 (11%)	
Упоминание физической активности	81,5 (95% ДИ: 74,5–86,9)% Σ=122	88,9 (95% ДИ: 71,9–96,1)% Σ=24	57,1 (95% ДИ: 36,6–75,5)% Σ=12	0,018
Упоминание питания	88,1 (95% ДИ: 81,9–92,3)% Σ=132	77,8 (95% ДИ: 59,2–89,4)% Σ=21	95,2 (95% ДИ: 77,3–99,1)% Σ=20	0,045
Упоминание сна	51,7 (95% ДИ: 43,7–59,5)% Σ=78	48,2 (95% ДИ: 30,7–66,0)% Σ=13	81,0 (95% ДИ: 60,0–92,3)% Σ=17	0,033
ЗОЖ-самостоятельность	75,6 (95% ДИ: 68,3–81,8)% Σ=115	59,3 (95% ДИ: 40,7–77,8)% Σ=16	66,7 (95% ДИ: 46,5–86,8)% Σ=14	0,004
ЗОЖ-активность	47,4 (95% ДИ: 39,4–55,3)% Σ=72	40,7 (95% ДИ: 22,2–59,3)% Σ=11	57,1 (95% ДИ: 35,98–78,3)% Σ=12	0,032

Примечание: Σ – сумма баллов упоминания данной категории у сотрудников с определенным уровнем актуальной тревоги.

Таблица 4

Достоверность различий (по критерию U Манна – Уитни) показателей отношения к физической активности, пищевому поведению, факторам ЗОЖ в целом у сотрудников с разным уровнем актуальной тревоги по HADS

Table 4

Reliability of differences (by Mann – Whitney U test) of indicators of attitude to physical activity, eating behavior, factors of healthy lifestyle in general among employees with different levels of actual anxiety according to HADS

Показатель	Упоминание физической активности	Упоминание питания	Упоминание сна	ЗОЖ самостоятельность	ЗОЖ активность
Р для групп нормального и критически высокого уровня актуальной тревоги	,015	,403	,012	,001	,037
Р для групп нормального и погранично высокого уровня актуальной тревоги	,314	,029	,738	,728	,144
Р для групп погранично высокого и критически высокого уровня актуальной тревоги	,013	,053	,021	,009	,023

Выявлена прямая корреляция ($p=0,035$) количества упоминаний (при ответах на все вопросы) параметров фактора интраперсонального психологического благополучия (стресс и борьба с ним, психическое напряжение, медитация, музыкотерапия) и факторов микросоциального ресурса (взаимоотношения с коллегами, дефицит общения с близкими в условиях самоизоляции и т. п.). Однако не выявлено взаимосвязи отношения к этим факторам с отношением к пищевому поведению и контролю веса. Это может быть характерно для начального этапа совладания с ситуацией и для пробной активации профилей эмоциональной регуляции. То есть снижение субъективно воспринимаемого риска летальности COVID-19 за счет собственной активности и формирования паттернов контроля пищевого поведения находится в индивидуально-специфических взаимоотношениях (как взаимодополняющих, так и взаимоисключающих) с поиском ресурсов психологического благополучия на интра- и интерперсональных уровнях.

Выявлены достоверные различия между сопоставимыми выборками из групп (равных по демографическим характеристикам и характеристикам медицинской компетентности) персонала разных госпиталей по показателям представленности в сознании питания (пищевого поведения) ($p=0,006$). Более низким этот показатель был у сотрудников госпиталя 1, где на момент опроса было организовано полное обеспечение стандартными наборами питания (табл. 5).

Таблица 5

Представленность в сознании питания как фактора ЗОЖ у сотрудников разных госпиталей

Table 5

Mindful representation of nutrition as a factor of healthy lifestyle among employees of different hospitals

Параметр	Госпиталь 1 (n=49)	Госпиталь 2 (n=49)
Количество упоминаний питания; $M \pm SD$ $p=0,006$	$3 \pm 1,57$	$2 \pm 1,38$

Статистически достоверных различий между группами, выделенными по полу и возрасту, по анализируемым в этой работе показателям отношения к пищевому поведению не было выявлено.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

В экстремальной ситуации пандемии у респондентов с различным уровнем актуальной тревоги выявлены различия в отношении пищевого поведения как фактора ЗОЖ. Критически высокий уровень актуальной тревоги характерен для респондентов, не склонных к контролю пищевого поведения. Фокусировка на факторах риска тяжелого течения COVID-19 (достоверно более выраженная у сотрудников с высоким уровнем медицинской компетентности) способствует активному контролю пищевого поведения. В целом активность и самостоятельность в отношении факторов ЗОЖ больше у респондентов с погранично высоким уровнем актуальной тревоги. Особенностью нашего исследования явилось использование так называемых открытых вопросов, которые редко применяются в исследованиях ввиду сложности обработки ответов респондентов [16, 17]. Однако только применение методики открытых вопросов позволяет избежать социально одобряемых вариантов ответов и обнаружить индивидуальные механизмы формирования отношения к питанию, а также активного и целесообразного его изменения. Была продемонстрирована роль уровня медицинской компетентности в формировании пищевого поведения в условиях повышенного риска заражения: высокий уровень медицинской компетентности врачей побуждает к фокусировке на ассоциированном с COVID-19 факторе риска – избыточном весе. В свою очередь, наличие в сознании респондентов COVID-представленности избыточного веса приводит к активному контролю веса, в том числе к коррекции рациона. Такая взаимосвязь позволяет предположить, что формирование установок и желательных поведенческих паттернов в отношении пищевого поведения происходит более успешно при наличии критического научно-медицинского взгляда на риски и обстоятельства жизни [18].

У респондентов, демонстрирующих COVID-фокусировку на избыточном весе, выше активность в отношении контроля веса. При критически высоком уровне тревоги респонденты не упоминают пищевое поведение среди активно контролируемых факторов. Интересен факт, что регулярное обеспечение бесплатным обильным высококалорийным питанием в одном из 2 сравниваемых госпиталей приводило к снижению показателей представленности в сознании пищевого поведения у сотрудников этого COVID-госпиталя.

Активное поведение в отношении основных самостоятельно контролируемых факторов ЗОЖ (физическая активность, пищевое поведение и другие) выше при погранично высоком уровне актуальной тревоги, тогда как при критически высоком уровне тревоги респонденты перестают упоминать пищевое поведение среди активно контролируемых факторов. Пассивное страдание, субъективная концепция тотальной усталости сотрудников, имеющих критически высокий уровень актуальной тревоги, выдвигает на первые роли внимание к режиму сна.

В целом по результатам психологического тестирования и анкетирования можно сказать, что наблюдается некоторое мобилизационное повышение уровня актуальной тревоги у медицинского персонала (табл. 1): показатели в среднем ниже, чем у населения, по данным интернет-опроса, проведенного в конце апреля

2020 г. (6,20 – у женщин, 4,20 – у мужчин) [17]. Повышение активности в отношении контроля массы тела, либо физической активности, либо психической саморегуляции, гармонизации межличностных отношений не только являются осознанным ЗОЖ, но и могут быть интерпретированы как вполне конструктивные варианты совладания с хроническим стрессом в экстремальной ситуации.

Продолжительная работа в экстремальной ситуации может повлечь изменения паттернов пищевого поведения. Эти изменения могут соответствовать конструктивным и деструктивным вариантам совладания с комплексом факторов экстремальной ситуации. Для увеличения доли сотрудников с эффективной адаптацией необходимо учитывать, что для коррекции пищевого поведения погранично высокий уровень актуальной тревоги является оптимальным и отражает мотивационную готовность выработки здоровьесберегающего поведения. Группой риска снижения контроля пищевого поведения и появления нежелательных паттернов пищевого поведения являются сотрудники с критически высокими показателями уровня актуальной тревоги. Для профилактики критически высокого уровня актуальной тревоги необходимо проведение психопрофилактики, в первую очередь в группе более молодых сотрудников с высоким уровнем характерологической тревожности.

Ограничения исследования: отсутствие данных о доинцидентальных показателях представленности, самостоятельности и активности в результате столкновения с пандемией и опыта работы с COVID-пациентами. К сожалению, соответствующего анкетирования обследуемой когорты до начала пандемии не проводилось.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании результатов проведенного исследования для формирования активного контроля пищевого поведения и профилактики нежелательных паттернов пищевого поведения у работающих в длительной потенциально стрессогенной ситуации можно рекомендовать:

- выявление группы риска – лиц с высоким уровнем характерологической тревожности и сотрудников более молодого (до 35 лет) возраста – и проведение психопрофилактической и психообразовательной работы по стресс-менеджменту в этой группе;
- мониторинг уровня актуальной тревоги с повышенным вниманием к зонам работы специалистов с максимальным риском и стрессогенностью;
- проведение при необходимости поддерживающей психотерапии с коррекцией критически высокого уровня тревоги;
- осуществление просветительско-мотивационной работы с лицами с погранично высоким уровнем актуальной тревоги (включающей разъяснение факторов пищевого поведения как актуальных факторов угрозы жизни и здоровью).

Сочетание просветительской работы, доступности индивидуально подобранного рациона, возможностей полноценной физической нагрузки и психологической помощи будет способствовать формированию правильного пищевого поведения и наиболее активному контролю массы тела. Возможно, пандемия COVID – это событие, которое заставит многих людей изменить свое пищевое поведение, контролировать свой рацион и массу тела. Полученные данные могут быть использованы в разработке подходов к повышению приверженности здоровому питанию и в психопрофилактике расстройств пищевого поведения под воздействием хронического

стресса. К перспективам исследования относится более детальный анализ взаимосвязи отношения респондентов к факторам интра- и интерперсонального психологического благополучия и отношения к пищевому поведению.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Brautigam V., Christian P., Rad M. *Psychosomatic Medicine*. Brief Tutorial. Moscow: GEOTAR MEDITCINA; 1999. 376 p. (in Russian)
2. Pervichko, et. al. Stress-resilience factors in doctors and medical staff during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*. 2023;14(1):27–48. (in Russian)
3. Youssef N, Mostafa A, Ezzat R, Yosef M, El Kassas M. Mental health status of health-care professionals working in quarantine and non-quarantine Egyptian hospitals during the COVID-19 pandemic. *East Mediterr Health J*. 2020;26(10):1155–64. doi: 10.26719/emhj.20.116
4. Malova J. Psychological detection and correction in rehabilitation of individuals who liquidated Chernobyl power accident consequences. *Occupational medicine and industrial ecology*. 2000;7:7–14. (in Russian)
5. Kuznetsova A.S., Gushchin M.V., Titova M.A. Work stress and proactive coping strategies in nurses at the initial stage of the COVID-19 pandemic. *Bulletin of the Moscow University. Episode 14 Psychology*. 2021:2199–236. (in Russian)
6. Chichkova, et al. Obesity as a factor for severe COVID-19. *Practical Pulmonology*. 2020:22–27. (in Russian)
7. Bairey Merz C.N., Andersen H, Sprague E, Burns A, Keida M, Walsh MN, et. al. Knowledge, Attitudes, and Beliefs Regarding Cardiovascular Disease in Women. *Journal of the American College of Cardiology*. 2017;70(2):123–32. doi: 10.1016/j.jacc.2017.05.024
8. Schwartz JS. Internists' Practices in Health Promotion and Disease Prevention: A Survey. *Ann Intern Med*. 1991;114(1):46. Doi:10.7326/0003-4819-114-1-46.
9. Gilpin EA, Pierce JP, Johnson M, Bal D. Physician advice to quit smoking: Results from the 1990 California tobacco survey. *J Gen Intern Med*. 1993;8(10):549–53. doi: 10.1007/BF02599637
10. Piwoński J, Piwońska A, Sygnowska E. Do depressive symptoms adversely affect the lifestyle? Results of the WOBASZ study. *Kardiol Pol*. 2010;68(8):912–8.
11. Kardangusheva A, Shugusheva Z, Bekulova I, Sabanchieva Kh. Assessment of mental status of students and its relationship with the main risk factors of noncommunicable diseases. *Archive of Internal Medicine*. 2017;7(6):433–7. doi: 10.20514/2226-6704-2017-7-6-433-437. (in Russian)
12. Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2017;24(17):1880–8. doi: 10.1177/2047487317729538
13. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361–70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716
14. Spielberger CD, Jacobs GA. Personality and Smoking Behavior. *Journal of Personality Assessment*. 1982;46(4):396–403. doi: 10.1207/s15327752jpa4604_11
15. Gaudry E, Vagg P, Spielberger CD. Validation of the State-Trait Distinction in Anxiety Research. *Multivariate Behav Res*. 1975;10(3):331–41. doi: 10.1207/s15327906mbr1003_6
16. Marcinowicz L, Chlabicz S, Grębowski R. Open-ended questions in surveys of patients' satisfaction with family doctors. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2007;12(2):86–9. doi: 10.1258/135581907780279639
17. Takemura Y, Sakurai Y, Yokoya S, Otaki J, Matsuoka T, Ban N, et. al. Open-Ended Questions: Are They Really Beneficial for Gathering Medical Information from Patients? *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*. 2005;206(2):151–4. doi: 10.1620/tjem.206.151
18. Karpenko OA, Syunyakov TS, Kulygina MA, Pavlichenko AV, Chetkina AS, Andrushchenko AV. Impact of COVID-19 pandemic on anxiety, depression and distress – online survey results amid the pandemic in Russia. *Consort psychiatr (Eng ed)*. 2020;1(1):8–20. doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-8-20

■ ПРИЛОЖЕНИЕ

Вопросы анкеты

1. Какие факторы образа жизни человека (среды и поведения) Вы считаете важными для его здоровья?
2. Какие факторы, важные для здоровья, человек может контролировать?
3. Какие факторы влияют или могут повлиять неблагоприятно на Ваше здоровье?
4. Что Вы делаете для сохранения своего здоровья?
5. По Вашему мнению, что является наиболее существенными факторами риска для жизни при заражении (после заражения) COVID-19?
6. Что из Вашего образа жизни Вы решили изменить после столкновения с пандемией COVID-19?
7. Что Вы уже изменили в образе жизни для поддержания своего здоровья?
8. Что из нежелательных факторов образа жизни появилось в Вашей жизни за последнее время?



Ansam Hussein Muhei Al-Agele¹ ✉, Saeb Jasim Al-Shuwaili², Husam Rehan Fadhil³

¹ Baghdad Teaching Hospital, Baghdad, Iraq

² Al-Hadi University College, Baghdad, Iraq

³ College of Medicine, University of Fallujah, Al-Anbar, Iraq

Unmasking Stress: Assessing Anxiety and Depression upon Healthcare Providers in Iraq Through the COVID-19 Era

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Ansam Hussein Muhei Al-Agele – conceptualization, data curation, funding acquisition, investigation, methodology, project administration, resources, software, validation, visualization, writing – original draft and writing – review & editing; Saeb Jasim Al-Shuwaili – conceptualization, data curation, methodology, project administration, resources, software, supervision, validation, visualization, writing – original draft and writing – review & editing; Husam Rehan Fadhil – conceptualization, data curation, investigation, methodology, project administration, resources, supervision, validation, visualization, writing – original draft and writing – review & editing.

Submitted: 19.08.2024

Accepted: 09.10.2024

Contacts: Ansam_hm2008@yahoo.com

Abstract

Introduction. Based on statistical data provided by the WHO (World Health Organization), Iraq has documented a cumulative count of 2,465,545 confirmed cases of the coronavirus, resulting in 25,375 deaths.

Purpose. To evaluate prevalence of anxiety and depression and the factors related to their severity upon healthcare workers during COVID-19 pandemic.

Materials and methods. A cross-sectional work that enrolled 300 participants, that conducted at health institutes of Al-Karkh Health Directorate/ Baghdad/ Iraq during the period from 1/7/2023 to 15/10/2023. GAD-7 and PHQ-9 questionnaires used to assess anxiety and depression respectively.

Results. Older age (≥ 40 years), female sex, and history of previous diagnosis with COVID-19 were significantly related to moderate-severe depression and anxiety. Moreover, dentists were more likely to have severe anxiety.

Conclusion. The present study has found that HCWs (healthcare workers) in Iraq experienced great levels of depression and anxiety during COVID-19. This was more pronounced among female and old HCWs.

Keywords: anxiety, healthcare provider, COVID-19, depression

Ансам Хуссейн Мухей Аль-Агеле¹ ✉, Саиб Джасим Аль-Шувайли²,
Хусам Рехан Фадхил³

¹ Багдадский учебный госпиталь, Багдад, Ирак

² Университетский колледж Аль-Хади, Багдад, Ирак

³ Медицинский колледж университета Фаллуджи, Аль-Анбар, Ирак

Выявление стресса: оценка тревожности и депрессии у медицинских работников в Ираке во время COVID-19

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Ансам Хуссейн Мухей Аль-Агеле – разработка концепции, сбор данных, привлечение финансирования, исследование, методология, администрирование проекта, ресурсы, программное обеспечение, валидация, визуализация, написание – первоначальный проект и написание – рецензирование и редактирование; Саиб Джасим Аль-Шувайли – разработка концепции, сбор данных, методология, администрирование проекта, ресурсы, программное обеспечение, надзор, проверка, визуализация, написание – оригинальный черновик и написание – рецензирование и редактирование; Хусам Рехан Фадхил – разработка концепции, сбор данных, исследование, методология, администрирование проекта, ресурсы, надзор, валидация, визуализация, написание – первоначальный проект и письменная редакция – обзор и редактирование.

Подана: 19.08.2024

Принята: 09.10.2024

Контакты: Ansam_hm2008@yahoo.com

Резюме

Введение. На основании статистических данных, предоставленных ВОЗ, в Ираке зарегистрировано 2 465 545 подтвержденных случаев коронавируса, в результате чего 25 375 человек умерли.

Цель. Оценить распространенность тревоги и депрессии и факторы, связанные с их тяжестью, у медицинских работников во время пандемии COVID-19.

Материалы и методы. Перекрестное исследование с участием 300 участников, проведенное в медицинских учреждениях Управления здравоохранения Аль-Карха (Багдад, Ирак) в период с 07.01.2023 по 15.10.2023. Анкеты GAD-7 и PHQ-9 использовались для оценки тревоги и депрессии соответственно.

Результаты. Средний возраст (≥ 40 лет), женский пол и предыдущий диагноз COVID-19 были значимо связаны с умеренной и тяжелой депрессией и тревогой. Более того, стоматологи чаще испытывали сильную тревогу.

Вывод. Настоящее исследование показало, что работники здравоохранения (медицинские работники) в Ираке испытывали высокий уровень депрессии и тревоги во время COVID-19. Это было более выражено среди женщин и пожилых медработников.

Ключевые слова: тревога, поставщик медицинских услуг, COVID-19, депрессия

■ INTRODUCTION

Coronavirus infections are a group of respiratory viruses that have been identified as causative agents for a spectrum of disorders, including mild common cold symptoms to more serious conditions such as severe acute respiratory syndrome (SARS) [1].

Like of a January 30th, 2020, the World Health Organization (WHO) featured the on-going COVID-19 outbreaks as a "Public Health Emergency of International Concern" (PHEIC) and later, on 11th of March 2020, the WHO proclaimed the COVID-19 as a worldwide pandemic in response to its rapid and widespread transmission, the severity of the sickness, and the escalating number of cases and fatalities seen in several afflicted nations [2].

Based on statistical data provided by the WHO, Iraq has documented a cumulative count of 2,465,545 confirmed cases of the coronavirus, resulting in 25,375 deaths [3]. However, the pandemic has resulted in not only a significant death rate due to viral infections but also profound psychological and emotional impacts on a global scale [4]. Most cases are exposing to an un-precedented stressful situations for an unknown periods, which may raise stresses, anxieties and depressions levels, as well as disrupt sleeping [5]. This holds especially true for HCWs, because of great demand of carrying for cases, change work condition, assignment of new tasks, fearing personal safety as well as worry about health of family members [6]. In fact, even pandemics outside, HCWs are dis-proportionately exposed to stresses and anxieties connected to work-loading, patients deaths and other environmental stressors. It is reasonable to assume that this burdening on the mental health of HCWs intensify via COVID-19 [7].

At the pandemic of COVID-19, HCWs are frequently exposed to patients who are infected, rendering them one of the professional groups most significantly impacted [8]. This has resulted in a rise in hospitalization and mortality rates among HCWs, as well as being separated from their families. Additionally, HCWs face an elevated risk of contracting the virus themselves, due to their close proximity to infected individuals. Furthermore, there have been shortages in the availability of protective equipments and resource, further exacerbating the challenges faced by HCWs during this time. A meta-analysis of 97 studies examining the incidence of infection among HCWs revealed that 5% of COVID-19 cases among HCWs were associated with serious complications, while the mortality rate was 0.5% [9].

HCWs are the backbone of the healthcare systems and a skilled and healthy workforces are vital through a health crisis, like COVID-19 pandemic. Providing excellent patients care has been showed to be closely related to the psychological health of healthcare professionals, as evidenced by a substantial body of research [10].

■ MATERIALS AND METHODS

A cross-sectional study, included 300 participants and was conducted at health institutes of Al-Karkh Health Directorate / Baghdad/Iraq during the period 1/7/2023 to 15/10/2023. A questionnaire based interview was employed as the data collection method. Questionnaire consisted of:

1. Basic socio-demographic characters (age, sex, marriage, residence, and jobs), and history of COVID-19 exposure.
2. Generalized Anxiety Disorder 7-item questionnaire (GAD-7) used to evaluate anxiety. It is a tool that has seven questions aimed at assessing an individual's emotional state throughout a certain period. The responses are categorized on a 4-point scale. Each response is assigned a numerical value, and subsequently, a cumulative score computed by summing all the individual scores.

3. The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) used to evaluate depression. The responses are measured on a four-point Likert scale, which spans from "not at all" to "almost every day". Each response is assigned a numerical value, and the cumulative score is then computed. A range of 1–4 is indicative of a minimal level of depression. A score ranging from 5 to 9 on the assessment scale is indicative of mild depression.

A score within the range of 10–14 is indicative of a moderate level of depression. A score ranging from 15 to 19 on the depression assessment scale indicates moderately severe depression. A score ranging from 20 to 27 is indicative of severe level of depression.

Statistical analysis

After calculation of GAD-7 and PHQ-9 scores, anxiety and depression levels were categorized into minimal-mild and moderate-severe. Multivariate logistic regression analysis employed to detect variables related to moderate-severe depression and anxiety. P-value <0.05 was considered statistically significant.

Socio-demographic characteristics of the studied sample

Age distribution ranged from 24–63 years (mean of 29.3±9.3). Female was predominance, as the M : F ratio was 1 : 2.44; as shown in table 1.

Depression

Table 3 illustrated multivariate logistic regression analysis for factors of moderate-severe depression. In this model, older age (≥40 years), female sex, and a history of previous diagnosis with COVID-19 were significantly correlated with moderate-severe depression.

Table 1
Socio-demographic characteristics (n=300)

Variable	No.	%
Age (years)		
<40	148	49.3
≥40	152	50.7
Gender		
Male	87	29.0
Female	213	71.0
Marital status		
Married	228	76.0
Unmarried	72	24.0
Residence		
Baghdad	278	92.7
Others	22	7.3
Occupation		
Doctor	109	36.3
Dentist	53	17.7
Pharmacist	28	9.3
Others	110	36.7

Table 2
History of COVID-19 exposure

Variable	No.	%
Have you been diagnosed with COVID-19 previously?		
Yes	228	76.0
No	72	24.0
Have you treated a COVID-19 patient?		
Yes	232	77.3
No	68	22.7
Has your family been diagnosed with COVID-19?		
Yes	272	90.7
No	28	9.3

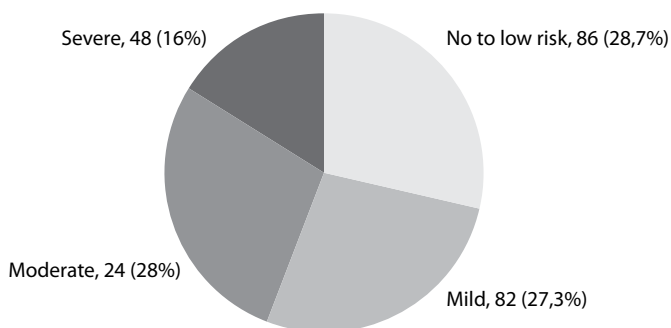


Fig. 1. GAD-7 anxiety rating of the studied sample

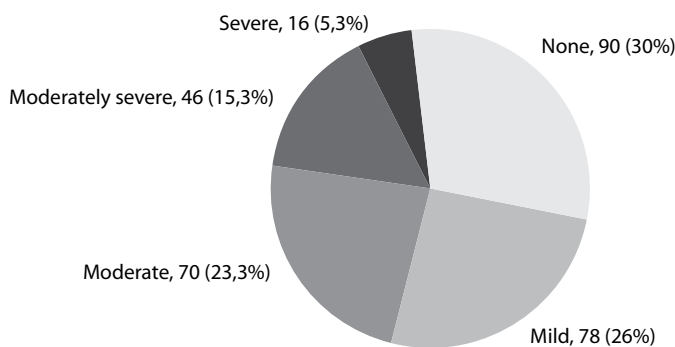


Fig. 2. PHQ-9 depression rating of the studied sample

Table 4 illustrates multivariate logistic regression analysis for factors associated with moderate-severe anxiety. In this model, older age (≥ 40 years), female sex, being a dentist, and having a history of previous diagnosis with COVID-19 were significantly associated with moderate-severe anxiety.

Table 3
Multivariate logistic regression analysis of factors of moderate-severe depression

Variables	Odds ratio	95% CI		P-value
		Lower	Upper	
Age				
<40	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
≥40	2.413	1.210	4.812	0.012
Sex				
Male	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Female	5.678	2.088	15.441	0.001
Marital status				
Married	–	–	–	–
Single	0.560	0.235	1.336	0.191
Residence				
Baghdad	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Others	.487	.097	2.439	0.381
Occupation				
Doctor	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Dentist	1.744	.722	4.212	.217
Pharmacist	1.063	.436	2.593	.893
Others	1.316	.416	4.162	.640
Have you been diagnosed with COVID-19 previously?				
No	–	–	–	–
Yes	6.880	2.124	22.291	0.001
Have you treated a COVID-19 patient?				
No	–	–	–	–
Yes	0.516	0.240	1.111	0.091
Has your family been diagnosed with COVID-19?				
No	–	–	–	–
Yes	0.647	0.168	2.491	.526

Table 4
Multivariate logistic regression analysis of factors of moderate-severe anxiety

Variables	Odds ratio	95% CI		P-value
		Lower	Upper	
Age				
<40	–	–	–	–
≥40	1.7	1.364	1.858	0.037
Sex				
Males	–	–	–	–
Females	2.588	1.388	4.827	0.003
Marital status				
Married	–	–	–	–
Unmarried	1.896	.984	3.653	0.056
Residence				
Baghdad	–	–	–	–
Others	7.502	2.213	25.433	0.001

End of table 4.

Occupation				
Doctor	–	–	–	–
Dentist	2.138	1.076	4.246	.030
Pharmacist	1.153	0.551	2.410	.706
Others	0.854	0.335	2.178	.740
Have you been diagnosed with COVID-19 previously?				
No	–	–	–	–
Yes	1.176	.625	2.216	0.615
Have you treated a COVID-19 patient?				
No	–	–	–	–
Yes	0.728	0.387	1.372	.326
Has your family been diagnosed with COVID-19?				
No	–	–	–	–
Yes	3.094	1.066	8.983	0.038

■ DISCUSSION

The current investigation revealed that the rates of anxiety and depression were 71.3% and 70%, respectively. The prevalence of anxiety and depression in the present study is greater than the rates reported by Ayad et al. in Iraq and Lebanon (42.9% for anxiety and 60% for depression) [11], but lower than the rates recorded by Aly et al. in Egypt (90.5% for anxiety and 94% for depression) [12].

The rate of moderate-severe anxiety and depression were 44% and 43.9%; respectively. In Egypt, Kurdistan, and Ethiopia; moderate-severe depression was reported at rates of 51%, 41.9%, and 25.7%; respectively. While moderate-severe anxiety was reported at rates of 50.7%, 22.2%, and 25.1%; respectively [12–14].

The findings of the current investigation indicate that being female was a significant predictor of experiencing moderate-severe depression. Specifically, female healthcare workers (HCWs) were shown to have around 5.6 and 2.6 times higher odds of developing moderate-severe depression and anxiety, respectively, compared to their male counterparts. This is in concordance with the study by Motahedi et al. in Iran [15]. However, It was found in Ethiopia that the odds of having depression were 1.9 times among men health care providers as compared with women [14]. While other studies in Iraq, Lebanon, and Egypt reported that gender was not significantly associated with neither anxiety nor depression [12, 16].

Another finding from the present study is that anxiety and depression are significantly related to the age group ≥ 40 years. This is in concordance with studies in Saudi Arabia and India [17, 18]. This could be because older healthcare workers are disproportionately impacted by the COVID-19 pandemic in terms of illness severities, mortality, transmission risks and complications. They may also be more likely to live with younger pediatrics or have elderly relatives, which may render them anxious about infecting their loved ones. In addition, those with pre-existing comorbidities are more likely to be anxious.

Moreover, HCWs in Baghdad were less likely to experience moderate-severe anxiety than their counterparts in other governorates. This may be associated with the shortage of personal protective equipments and other necessary equipments in other governorates compared to the capital of the country.

An HCW having history of previous diagnosis with COVID-19 had significantly greater levels of anxiety and depression. This may be attributed to the social isolation associated with quarantine. In addition, HCWs are tasked with the responsibility of closely monitoring patients' experiences of pain and mortality [19].

Regarding occupation, dentists were more likely to have moderate-severe anxiety in comparison to other HCWs. This could be attributed to the inherent nature of their work, wherein they operate in close proximity to the nasopharynx of patients for prolonged durations, potentially rendering them more susceptible to infections.

■ CONCLUSION

The present study has found that HCWs in Iraq experienced great levels of depression and anxiety during the pandemic. This was more pronounced among female and old HCWs. Given that HCWs are the backbone of the healthcare systems and a skilled healthy workforces are vital through a health crisis, it is recommended to institute specialized psychiatric healthcare units for HCWs during pandemics and other health emergencies.

■ REFERENCES

1. Yin Y, Wunderink RG. MERS, SARS and other coronaviruses as causes of pneumonia. *Respirology*. 2018;23(2):130–7.
2. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497–506.
3. WHO. Iraq: WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. Available from: <https://covid19.who.int/region/emro/country/iq>
4. Xiao C. A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry Investig*. 2020;17(2):175–6.
5. Altena E, Baglioni C, Espie CA, et al. Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: Practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy. *J Sleep Res*. 2020;29(4).
6. Mascayano F, van der Ven E, Moro MF, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers: study protocol for the COVID-19 Health care workERs (HEROES) study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022;57(3):633–45.
7. Chigwedere OC, Sadath A, Kabir Z, Arensman E. The Impact of Epidemics and Pandemics on the Mental Health of Healthcare Workers: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13):6695.
8. Ferland L, Carvalho C, Gomes Dias J, et al. Risk of hospitalization and death for healthcare workers with COVID-19 in nine European countries, January 2020–January 2021. *J Hosp Infect*. 2022;119:170–4.
9. Gómez-Ochoa SA, Franco OH, Rojas LZ, et al. COVID-19 in Health-Care Workers: A Living Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence, Risk Factors, Clinical Characteristics, and Outcomes. *Am J Epidemiol*. 2021;190(1):161–75.
10. Pereira-Lima K, Mata DA, Loureiro SR, et al. Association Between Physician Depressive Symptoms and Medical Errors. *JAMA Netw Open*. 2019;2(11):e1916097.
11. Abusaib M, Ahmed M, Nwayyir HA, et al. Iraqi Experts Consensus on the Management of Type 2 Diabetes/Prediabetes in Adults. *Clin Med Insights Endocrinol Diabetes*. 2020;13:117955142094223.
12. Aly HM, Nemr NA, Kishk RM, Elsaid NMA bakr. Stress, anxiety and depression among healthcare workers facing COVID-19 pandemic in Egypt: a cross-sectional online-based study. *BMJ Open*. 2021;11(4):e045281.
13. Shakor JK, Qadir DJ, Mohammed TM, Abdulla RM. The Psychological Stress of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Healthcare Workers in the Kurdistan Region. *Cihan Univ Sci J*. 2023;7(1):67–73.
14. Gebreyesus FA, Tarekegn TT, Amlak BT, Shiferaw BZ, Emeria MS, Geleta OT, et al. Levels and predictors of anxiety, depression, and stress during COVID-19 pandemic among frontline healthcare providers in Gurage zonal public hospitals, Southwest Ethiopia, 2020: A multicenter cross-sectional study. *PLoS One*. 2021;16(11):e0259906.
15. Motahedi S, Aghdam NF, Khajeh M, Baha R, Aliyari R, Bagheri H, et al. Anxiety and depression among healthcare workers during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Heliyon*. 2021;7(12):e08570.
16. Ayad Z, Al Tabbah S, Hazimeh B, Sinno L. Depression, Anxiety, and Stress Associated with Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic among Health-care Professionals in Lebanon and Iraq. *World Soc Psychiatry*. 2021;3(1):36.
17. AlAteeq DA, Aljhani S, Althiyabi I, Majzoub S. Mental health among healthcare providers during coronavirus disease (COVID-19) outbreak in Saudi Arabia. *J Infect Public Health*. 2020;13(10):1432–7.
18. Chatterjee SS, Chakrabarty M, Banerjee D, Grover S, Chatterjee SS, Dan U. Stress, Sleep and Psychological Impact in Healthcare Workers During the Early Phase of COVID-19 in India: A Factor Analysis. *Front Psychol*. 2021;12:611314.
19. Huang L, Lei W, Xu F, Liu H, Yu L. Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. *PLoS One*. 2020;15(8):e0237303.



Кулыгина М.А. ✉, Чернов Н.В., Моисеева Т.В., Бердалин А.Б., Гришанина А.М., Федорова Е.В., Николкина Ю.А., Сатьянова Л.С., Карпенко О.А.
Психиатрическая клиническая больница № 1 имени Н.А. Алексеева, Москва, Россия

Исследование нарушений когнитивных процессов у пациентов с нервной анорексией, находящихся на лечении в стационаре

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Кулыгина М.А., Чернов Н.В., Моисеева Т.В. – концепция и дизайн исследования, анализ и интерпретация данных, написание текста; Кулыгина М.А. – подготовка статьи; Бердалин А.Б. – статистическая обработка данных; Моисеева Т.В., Гришанина А.М., Федорова Е.В., Николкина Ю.А., Сатьянова Л.С. – сбор и анализ материала; Карпенко О.А. – концепция и дизайн исследования, редактирование, одобрение статьи для публикации.

Финансирование: исследование выполнено в рамках Государственного задания «Комплексное лечение больных с тяжелыми формами анорексии у взрослых» (ЕГИСУ НИОКТР пер. № 123031600073-0).

Подана: 08.08.2024

Принята: 09.10.2024

Контакты: mkulygina@yandex.ru

Резюме

Введение. Многочисленные исследования свидетельствуют о многообразии когнитивных нарушений в клинической картине нервной анорексии (НА). Однако остается не до конца изученной связь общего соматопсихического истощения на фоне дефицита веса с когнитивными процессами.

Цель. Изучение специфики когнитивного функционирования при НА у пациентов с разным уровнем дефицита веса, находящихся на стационарном лечении.

Материалы и методы. Было проведено кросс-секционное обсервационное исследование когнитивных особенностей пациентов с НА ($n=82$). Использовались методики, традиционно применяемые в экспериментально-психологическом исследовании для оценки кратковременной памяти, концентрации внимания, когнитивной ригидности, процессов обобщения: «Заучивание 10 слов», «Корректирующая проба Бурдона», «Таблицы Шульце», тест Струпа, «Простые аналогии», «Сравнение понятий».

Результаты. Средние показатели концентрации внимания, работоспособности, объема запоминания, переключаемости колебались вокруг нормативных значений при наличии значительного разброса данных по результатам выполнения отдельных методик, что свидетельствует о разном уровне когнитивного функционирования в исследуемой группе. Достоверные корреляции с дефицитом веса не были установлены. В ряде случаев пациенты с более низкой массой тела ($ИМТ < 14,0$) обнаруживали более высокие показатели отсроченного запоминания и когнитивной переключаемости. У пациентов с большей длительностью заболевания НА чаще отмечались нарушения внимания и операциональной стороны мышления по типу искажения обобщений.

Заключение. Необходимо дальнейшее изучение клинико-психопатологической структуры различных типов НА и связи дефицита веса с метакогнитивными особенностями пациентов, что будет способствовать поиску наиболее значимых мишеней для более эффективного терапевтического воздействия.

Ключевые слова: когнитивное функционирование, нервная анорексия, дефицит веса, ИМТ, произвольное запоминание, концентрация внимания, когнитивная ригидность, процессы обобщения

Kulygina M. ✉, Chernov N., Moiseeva T., Berdalin A., Grishanina A., Fedorova E., Nikolkina Yu., Satyanova L., Karpenko O.

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

A Study of Cognitive Dysfunction in Hospitalized Patients with Anorexia Nervosa

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Kulygina M., Chernov N., Moiseeva T. – conception and design of the study, data analysis and interpretation, text writing; Kulygina M. – preparation of the article; Berdalin A. – statistical processing of data; Moiseeva T., Grishanina A., Fedorova E., Nikolkina Yu., Satyanova L. – collection and analysis of material; Karpenko O. – concept and design of the study, editing, approval of the article for publication.

Funding: the study was carried out within the framework of the State task "Complex treatment of patients with severe forms of anorexia nervosa in adults". The registration number is (Unified State Information System for Accounting of Research, Development and Technological Works reg. № 123031600073-0).

Submitted: 08.08.2024

Accepted: 09.10.2024

Contacts: mkulygina@yandex.ru

Abstract

Introduction. Numerous studies have reported a variety of cognitive dysfunction in Anorexia nervosa (AN). However, the relationship between general somatic or mental exhaustion under the weight loss and cognitive dysfunction remains incompletely understood.

Purpose. To investigate the specificity of cognitive functioning in hospitalized AN patients with different degrees of weight loss.

Materials and methods. A cross-sectional observational study of the cognitive characteristics of patients with AN (n=82) was conducted. Traditional methods of experimental psychological testing for investigating short-term memory, attention concentration, cognitive flexibility and generalisation processes were used: "Memorizing 10 words", Bourdon's Corrective Test, Schulte Tables, Stroop's Test, "Simple analogies", "Comparison of concepts".

Results. The average indicators of attention concentration, performance, short-term memory and cognitive rigidity corresponded to the normative values. At the same time, there was a significant scatter of data in the results of the cognitive tests, indicating the unevenness of attention and memory processes and a different level of cognitive functioning in the clinical group. No significant correlations with weight loss were found. In some cases, patients with lower body weight (BMI <14.0) revealed higher short-term memory and cognitive flexibility. Patients with longer duration of AN were more likely to have attention and formal thinking deficits, as measured by the distortion of generalization type.

Conclusion. It is necessary to further investigate the clinical and psychopathological structure of different types of AN and the relationship between weight loss and metacognitive characteristics of patients, which will contribute to the search for the most important targets for more effective therapeutic intervention.

Keywords: cognitive functioning, anorexia nervosa, weight loss, BMI, short-term memory, concentration of attention, cognitive flexibility, process of generalization

■ ВВЕДЕНИЕ

Нервная анорексия (НА) – это тяжелое психическое расстройство, характеризующееся сознательным ограничением приема пищи, патологическим страхом перед едой и увеличением веса, а также нарушением восприятия формы своего тела. Развитие, устойчивость и тяжесть симптомов зависят от различных биологических, психологических и социальных факторов, что отмечалось во многих исследованиях [1–4].

Современные подходы к лечению НА часто являются неэффективными ввиду отсутствия ясности в отношении этиологии и многообразия симптомокомплекса данного расстройства. Одним из путей к пониманию данного заболевания являются исследования когнитивных процессов. Они позволяют выявлять, операционализировать и количественно оценивать участие познавательных функций в развитии и поддержании нервной анорексии, что способствует разработке новых способов лечения и профилактики данного вида расстройства [5–9].

Во многих источниках описываются разнообразные когнитивные нарушения легкой либо умеренной степени выраженности, проявляющиеся в несбалансированности внимания, нарушениях памяти, мыслительных процессов, недостаточности когнитивной гибкости, что может создавать основу для характерного когнитивного сдвига, который, в свою очередь, играет роль в изменении отношения пациентов к собственной внешности и пищевому поведению [2, 10].

В настоящий момент существует несколько направлений, изучающих функционирование когнитивных процессов и их влияние на развитие НА. Часть исследователей фокусировала свое внимание на изучении нарушений когнитивных процессов, таких как память, внимание, мышление, восприятие в результате заболевания и дефицита веса [11], другая группа исследовала этиологически обусловленные когнитивные процессы, влияющие на развитие и поддержание расстройств пищевого поведения. В том числе были изучены такие функции, как: слабая центральная когерентность, трудности с выполнением задач по смене установок, когнитивная ригидность, импульсивность и др. [4, 10–16].

Наше исследование было направлено на изучение когнитивных нарушений – процессов памяти, внимания и мышления – у пациентов с НА, находящихся на лечении в стационарных условиях, и поиск их взаимосвязей с дефицитом веса.

Актуальность данной работы связана с небольшим количеством исследований в данной области, проводимых в нашей стране, а также противоречивыми результатами по данному вопросу в международных публикациях.

Исследование внимания

При исследовании особенностей внимания при НА некоторые авторы отмечают, что объем и концентрация внимания у пациентов достаточные, однако присутствует истощаемость. Так, после 45 минут выполнения блока тестовых заданий пациенты начинали допускать ошибки в работе, вызванные утомлением, что коррелировало с тяжестью истощения [3].

В одном из исследований было показано, что особенность пациентов с НА заключается в более длительном отсутствии выраженной истощаемости, снижения работоспособности, несмотря на наличие кахексии. Они были достаточно активными, деятельными, подвижными, не предъявляли жалоб, были очень требовательными как к себе, так и к окружающим, часто агрессивными. Но по мере усугубления кахексии у пациентов нарастала астения (чаще при потере массы тела более 50%), они были вялыми, малоактивными, сонливыми, большую часть времени проводили в постели [17].

При исследовании умственной работоспособности другие авторы отмечали «латентную утомляемость», трудности переключения и концентрации внимания, что также коррелировало с тяжестью истощения. По мере восстановления массы тела эти показатели приходили в норму [5].

В международных исследованиях ряд авторов отмечает, что у пациентов с НА и дефицитом веса при выполнении батареи нейрокогнитивных тестов отмечаются нарушения сенсомоторной реакции, избирательности и переключения внимания, а также устойчивости внимания [10, 13, 18].

Тем не менее в ряде других исследований отмечались незначительные нарушения внимания или их отсутствие при дефиците веса у пациентов с НА в сравнении с контрольной группой [7, 19, 20].

Исследование памяти

При дефиците веса у пациентов с НА выявлялись нарушения как кратковременной, так и долговременной памяти, а также проблемы, связанные с функционированием разных аспектов памяти, таких как припоминание, распознавание различных стимулов, стойкость слепообразования [19–21].

Также в зарубежной литературе описывается феномен «искажения, или предвзятости памяти», который выражается в демонстрации неадаптивного восприятия еды, формы, веса и себя у пациентов с НА, что приводит к навязчивой концентрации и усилению памяти на эти темы. Это, в свою очередь, приводит к поддержанию мыслей и поведения, связанных с расстройством пищевого поведения. Воспоминания, связанные с атрибутами расстройства пищевого поведения, легче кодируются и извлекаются по сравнению с другой информацией [22].

В отечественных публикациях авторы отмечают, что при проведении патопсихологического исследования оперативная и семантическая память у пациенток с НА соответствовала нормативным стандартам. Процесс заучивания был несколько замедленным, что было связано с тяжестью истощения [23]. При этом даже на высоте истощения память у пациентов оставалась в пределах нормы, объем опосредованной памяти превышал объем механической памяти.

В другом отечественном исследовании у пациентов с НА при проведении методики «Заучивание 10 слов» были выявлены низкие показатели во многих видах памяти,

а также отмечалось большое количество ошибок при воспроизведении информации в виде слов, которые отсутствовали в списке. При этом кратковременная вербальная память (способность удерживать небольшой объем информации в течение короткого периода времени) не была нарушена [5].

Исследование мышления

Изучение познавательной деятельности у пациенток с НА, проводимое отечественными психиатрами, не выявило грубых нарушений [1]. Пациентам были доступны сложные обобщения, они могли сравнивать понятия на абстрактном уровне. Выполняя мыслительные задачи в течение 20–25 мин., пациенты начинали допускать ошибки, в основе которых лежало использование конкретных связей понятий. Этот вид нарушений мышления квалифицировался как «непоследовательность суждений» [1].

В последующем в патопсихологическом исследовании мыслительной сферы пациентов с НА была обнаружена незначительно выраженная конкретность мышления, а также отмечалась личностная окраска мышления, связанная с проблемой потребности в еде [3]. Зарубежные авторы также выявляли у пациентов с НА образование сильных ассоциативных связей между понятиями, связанными с питанием, формой тела и весом. Кроме того, были обнаружены ухудшение операции абстрагирования, а также сниженная способность к обучению и исполнительным функциям [22].

Итак, в ряде отечественных и зарубежных источников описываются исследования когнитивных особенностей при НА, в результате которых обнаруживается нарушение умственной работоспособности, истощаемость, замедление темпа сенсомоторных реакций, конкретность мышления и ухудшение способности к абстрагированию. При этом в современных публикациях присутствуют противоречивые данные, касающиеся нарушений памяти и внимания у пациентов с НА. Таким образом, наше исследование было направлено на уточнение особенностей когнитивного функционирования пациентов с дефицитом веса вследствие НА.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение специфики когнитивного функционирования при НА у пациентов с разным уровнем дефицита веса, поступающих на стационарное лечение в специализированное отделение психиатрической больницы.

Была выдвинута гипотеза о том, что нарушения когнитивного функционирования на фоне значительной потери веса и общего соматопсихического истощения определяются повышением утомляемости и общим снижением когнитивных процессов: запоминания, концентрации внимания, переключаемости, процесса обобщений.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн. Было проведено кросс-секционное обсервационное исследование когнитивных особенностей пациентов с НА с разным индексом массы тела (ИМТ) на базе Клиники расстройств пищевого поведения (КРПП) ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ». Исследование было одобрено локальным этическим комитетом ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» и проводилось в соответствии с этическими нормами Хельсинкской декларации.

Участники. Обследовались пациенты, поступающие на стационарное лечение в КРПП в течение одного года (с апреля 2023 г. по май 2024 г.) с диагнозом «нервная

анорексия» (F50.0 по МКБ-10). В исследовательскую выборку вошли пациенты, достигшие возраста 18 лет, выполнившие все задания экспериментально-психологического обследования практически без пропусков (n=82). Критериями исключения были тяжелые соматические состояния, требующие неотложных реанимационных мероприятий, и сопутствующие соматические заболевания, а также сопутствующие тяжелые аффективные и психотические нарушения. Данное обследование проводилось в течение первой недели стационарирования. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие.

Инструменты. Использовались методики, традиционно применяемые при изучении когнитивного функционирования в рамках экспериментально-психологического исследования [24]. Оценивались процессы памяти, внимания, мышления. Анализировались когнитивные показатели (объем запоминания, концентрация и истощаемость внимания, когнитивная ригидность, процессы обобщения) в связи с дефицитом веса и длительностью заболевания.

Исследование кратковременной памяти. Методика «Заучивание 10 слов» проходила по стандартной процедуре: пациенту предлагалось запомнить слова из заранее составленного списка, который зачитывался экспериментатором. Слова можно было припоминать в любом порядке, всего было 5 таких проб с фиксацией правильно воспроизведенных испытуемым слов после каждого предъявления. Через час испытуемого опять просили назвать слова, которые предъявлялись ранее. В норме кривая запоминания имеет приблизительный вид воспроизведения 6–8–9–10–10–8 слов, с запоминанием всех 10 слов к 3–4-му предъявлению и незначительным снижением при отсроченном воспроизведении [24]. Анализировался объем запоминания, т. е. количество правильно воспроизведенных слов при отсроченном воспроизведении, а также вид кривой запоминания.

Исследование внимания. Для изучения внимания были использованы такие методики, как «Таблицы Шульте» и «Корректирующая проба Бурдона» [24, 25]. Корректирующая проба Бурдона позволяет оценить такие свойства внимания, как устойчивость и концентрация [24]. Возможны различные формы проведения этого теста. В использованной редакции пациенту выдавался бланк (40 строк по 40 букв), на котором надо было вычеркивать такие же буквы, как и первые в каждой строке. Оценивалось количество выполненных строк за 5 минут и общее количество ошибок.

С помощью таблиц Шульте возможно количественно оценить различные характеристики внимания, в том числе объем и способность к распределению. Пациенту поочередно предъявлялись 5 таблиц, на которых в случайном порядке расположены 25 чисел. Засекалось время, в течение которого испытуемый последовательно указывал все числа по порядку в каждой таблице. Показатель эффективности работы рассчитывался по формуле

$$\text{ЭР} = (T_1 + T_2 + T_3 + T_4 + T_5) / 5,$$

где T_i – время, затрачиваемое на поиск чисел в i таблице, интервал нормативных значений составляет от 30 до 50 сек.

Степень вработываемости (ВР) вычислялась по формуле

$$\text{ВР} = T_1 / \text{ЭР}.$$

Результат меньше 1,0 считается показателем хорошей вработываемости. Соответственно, чем выше 1,0 данный показатель, тем больше испытуемому требуется подготовка к выполнению задания.

Показатель психической устойчивости определялся по формуле

$$ПУ = T4 / ЭР.$$

Показатель результата меньше 1,0 говорит о хорошей психической устойчивости, соответственно, чем выше данный показатель, тем хуже психическая устойчивость испытуемого к выполнению заданий [25].

Исследование когнитивной ригидности. Исследование когнитивной ригидности и переключаемости проводилось при помощи теста Струпа, известного как методика словесно-цветовой интерференции (<https://bigenc.ru/c/test-strupa-8ff3b6>). С учетом ослабленного соматического состояния пациентов и ограниченного времени на проведение обследования использовался сокращенный компьютерный вариант теста (<https://foxgard.ru/sim/test-strupa-original>). В 1-й пробе, самой простой, следовало выбрать из предложенных вариантов название цвета, которым он написан, во 2-й пробе надо было выбрать название цвета фона прямоугольника. В 3-й – цвет слова, которым оно напечатано, при этом интерферирующее влияние проявлялось уже на втором этапе (цвет прямоугольника не совпадал с названием, наложенным сверху, и варианты названий, из которых требовалось выбрать соответствующее цвету прямоугольника, также не соответствовали своему цвету, которым были написаны) и усиливалось на третьем (названия цвета напечатаны цветом, отличным от значения слова) за счет того, что задавалось несоответствие между цветом, его названием и цветом, которым оно написано, т. е. задавалась интерференция называния и интерференция чтения. Показателями когнитивной ригидности была разница во времени выполнения второй и третьей проб по сравнению с первой (интерференция называния T2-T1 и интерференция чтения T3-T1): чем больше разница, тем больше выражен эффект интерференции и, соответственно, более выражены трудности переключения и ригидность (узость, жесткость) когнитивного контроля [26]. Поскольку вследствие разнообразия процедур выполнения теста нормативные показатели отсутствуют, значение имеют эффекты интерференции, т. е. разница во времени выполнения проб по мере усложнения стимульного материала.

Исследование процессов обобщения. Исследование познавательной деятельности проводилось с помощью стандартных наборов методик «Простые аналогии» и «Сравнение понятий» [24].

Методика «Простые аналогии» позволяет оценить степень понимания испытуемым логических связей и отношений между понятиями. Получив инструкцию, пациент должен на бланке отметить нужное слово из перечня предложенных по аналогии с соотношением пары слов, заданным в образце. Всего предлагалось для оценивания 10 заданий. В норме допускается не более 2–3 ошибок на первоначальном этапе [24].

При выполнении методики «Сравнение понятий» после предъявления экспериментатором пары понятий пациенту предлагалось найти и назвать общее между ними, если оно вообще допустимо, т. е. уточнялось, что сходство должно быть только существенным. В качестве стимульного материала использовался набор из 15 пар

понятий, из которых 5 пар состояли из однородных понятий (например, корова – лошадь, утро – вечер), а 10 пар были несравнимыми, т. е. включали разнородные понятия, не имеющие общих существенных признаков (например, река – птица, волк – луна, стакан – петух).

Показателями нарушения операционной стороны мышления считались ошибки по типу искажения или снижения обобщений по обеим методикам, а также количество сравнений несравнимых пар при выполнении методики «Сравнение понятий». Квалификация ошибок осуществлялась экспериментатором, при необходимости решение обсуждалось коллегиально исследовательской группой, в которую входили медицинские психологи.

Статистический анализ. Статистическая обработка осуществлялась с использованием программных пакетов SPSS Statistics версии 26.0 (IBM, США) и R software версии 4.3.1. Нулевую гипотезу отвергали при уровне значимости $p \leq 0,05$. Для описания количественных переменных применяли среднее арифметическое и стандартное отклонение или медиану и квартили (в случае несоответствия распределения показателя нормальному), для качественных – частоту и долю (в процентах). Соответствие распределения количественных переменных нормальному проверяли методом построения частотных гистограмм. Для качественных зависимых переменных сравнения частот между категориями независимых (группирующих) переменных выполняли посредством критерия χ^2 Пирсона или точного критерия Фишера. Для количественных зависимых переменных сравнения осуществлялись при помощи дисперсионного анализа с последующими попарными сравнениями по методу Даннета или (в случае несоответствия распределения переменной нормальному) по критерию Краскела – Уоллиса с попарными сравнениями критерием Манна – Уитни (с поправкой Бонферрони на множественность сравнений). При изучении корреляций между количественными или порядковыми переменными использовали метод расчета коэффициента корреляции по Спирмену.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Характеристика выборки. Обследованная выборка пациентов ($n=82$) состояла в основном из лиц женского пола и молодого возраста (средний возраст – $24,05 \pm 6,42$ года). Социально-демографический анализ показал, что исследуемая выборка пациентов в целом характеризовалась относительно высоким образовательным уровнем (табл. 1). Более половины пациентов сохраняли трудовое и учебное функционирование. Семейный статус определялся тем, что пациенты в большинстве не состояли в браке и проживали вместе с родителями. Длительность заболевания НА была различной: от нескольких месяцев до 20 лет (табл. 2).

По степени дефицита веса все обследованные пациенты были разделены на две категории: 1 – ИМТ выше 14 кг/м^2 (47 пациентов, 57,3%), 2 – $14,0 \text{ кг/м}^2$ и ниже (35 пациентов, 42,7%). Данное разделение было выбрано в соответствии с диагностическими требованиями 11-й версии Международной классификации болезней (МКБ-11) для нервной анорексии со значительно сниженным весом (1-я подгруппа) и опасно сниженным весом (2-я подгруппа) [27]. В ряде случаев были установлены сопутствующие диагнозы: F21 ($n=5$; 6,10%), F32,1 ($n=1$; 1,22%).

Таблица 1
Социально-демографические показатели
Table 1
Sociodemographic characteristics

Показатель (n=82)	Метрика или категория	Значение, n (%)
Пол	Женский	80 (96,4%)
	Мужской	2 (3,6%)
Образование	11 классов школы	17 (20,7%)
	9 классов школы	2 (2,4%)
	Высшее	37 (45,1%)
	Неоконченное высшее	17 (20,7%)
	Среднее специальное (колледж)	9 (11,0%)
Занятость	Академический отпуск	5 (6,1%)
	Не работает и не учится	24 (29,3%)
	Работа	18 (22,0%)
	Работа и учеба	6 (7,3%)
	Учеба	29 (35,4%)
Семейный статус	В разводе	1 (1,2%)
	Гражданский брак	2 (2,4%)
	Замужем/женат	8 (9,8%)
	Не замужем / холост	71 (86,6%)
Проживание	Одна/один	16 (19,5%)
	С бабушкой/дедушкой	2 (2,4%)
	С партнером/супругом	16 (19,5%)
	С подругой/другом	2 (3,7%)
	С родителями	43 (52,4%)
	С сестрой/братом	2 (2,4%)

Таблица 2
Общеклинические и когнитивные показатели
Table 2
Clinical and cognitive indicators

Показатель	Mean±SD	Me [Q1–Q3]	Min	Max
Вес, кг	40,172±7,407	40,05 [34; 44,7]	22,900	59,000
ИМТ, кг/м ²	14,587±2,347	14,4 [12,7; 16,3]	8,900	19,900
Длительность заболевания, лет	6±4,7	5 [3; 9]	0,0	20,0
10 слов_отсроченное воспроизведение, количество слов	7±2	7 [5; 9]	2	10
Корректурная проба Бурдона_количество выполненных строк	36±6	39 [33; 40]	12	40
Корректурная проба Бурдона_общее количество ошибок	5±9	3 [1; 6]	0	76
Таблицы Шульте_эффективность работы (ЭР)	38,45±9,66	36,9 [30,8; 44,2]	22,40	65,40
Таблицы Шульте_степень вработываемости (ВР)	0,97±0,16	0,96 [0,87; 1,04]	0,61	1,38
Таблицы Шульте_психическая устойчивость (ПУ)	1,02±0,14	1 [0,92; 1,14]	0,74	1,38
Тест Струпа, Т2-Т1, интерференция называния	15,3±41,26	15 [9,2; 26,9]	-322,40	95,80
Тест Струпа, Т3-Т1, интерференция чтения	10,9±41,7	10,3 [6; 18,2]	-322,10	144,20
Простые аналогии_количество правильно выполненных проб	9±1	10 [9; 10]	3	10

Окончание таблицы 2

Простые аналогии_ количество искажений	0±0	0 [0; 0]	0	1
Простые аналогии_ количество снижений	1±1	0 [0; 1]	0	7
Сравнение понятий_ количество сравнений не-сравнимых понятий	7±3	6 [4; 9]	0	15
Сравнение понятий_ количество искажений	3±3	3 [1; 5]	0	19

Оценка когнитивных показателей. Результаты выполнения когнитивных проб представлены в табл. 2.

Память. Показатели кратковременной памяти и произвольного запоминания в среднем по выборке не обнаружили отличий от нормативных значений. Однако обращает на себя внимание значительный разброс индивидуальных показателей. Так, при первом воспроизведении отмечалось от 3 до 9 слов, а при отсроченном – от 2 до 10, т. е. от грубых нарушений до высокой нормы (рис. 1). Общий вид кривой запоминания имеет стандартную конфигурацию с постепенным увеличением количества правильно названных слов и некоторым уменьшением при отсроченном воспроизведении.

Была также обнаружена слабо отрицательная корреляция ИМТ с количеством слов при отсроченном воспроизведении (табл. 3), т. е. чем больше дефицит веса (ИМТ <14,0), тем лучше был показатель кратковременной памяти, а именно стойкости слеодообразования.

Внимание. При выполнении корректурной пробы Бурдона были установлены средние показатели устойчивости и концентрации внимания по группе, не отклоняющиеся от нормативных значений. В среднем пациенты успевали просмотреть 36 строк из 40 за 5 мин., допуская до 5 ошибок, что соответствует высокой норме [24]. Однако в отдельных случаях отмечались крайне низкие показатели,

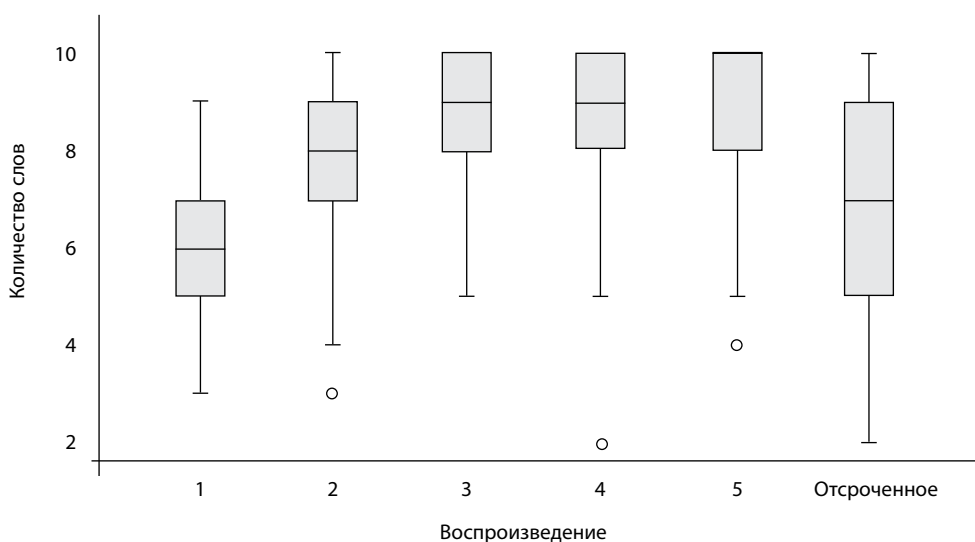


Рис. 1. Результаты выполнения методики «Заучивание 10 слов» (n=82)
Fig. 1. Results of the "Memorizing 10 words" technique (n=82)

Таблица 3
Результаты корреляционного анализа
Table 3
Results of the correlation analysis

	кк (р)	кк (р)	кк (р)	кк (р)	кк (р)	кк (р)	кк (р)	кк (р)	кк (р)	кк (р)	кк (р)	кк (р)	кк (р)	кк (р)	кк (р)	кк (р)	кк (р)	кк (р)	кк (р)		
	ИМТ	ДЗ	10 слов КСОВ	КПБ КВС	КПБ КО	ТШ ЭР	ТШ ВР	ТШ ПУ	ПА КПВЗ	ПА КИ	ПА КС	ТС ИН	ТС ИЧ	СП КСНП	СП КИ	СП КС	СП КС	СП КС	СП КС		
ИМТ, кг/м ²	1																				
Длительность заболевания, лет	0,009 (0,938)	1																			
10 слов, отсроченное воспроизведение, количество слов	-0,212 (0,055)	0,115 (0,302)	1																		
Корректурная проба Бурдона, количество выполненных строк	0,146 (0,190)	0,164 (0,141)	0,102 (0,364)	1																	
Корректурная проба Бурдона, общее количество ошибок	-0,049 (0,661)	0,022 (0,847)	0,037 (0,741)	0,132 (0,236)	1																
Таблицы Шульце, эффективность работы (ЭР)	0,113 (0,311)	0,092 (0,413)	0,379** (<0,001)	-0,261* (0,018)	0,220* (0,048)	1															
Таблицы Шульце, степень взаимосвязи (ВР)	0,104 (0,354)	0,219* (0,048)	0,114 (0,307)	-0,133 (0,232)	-0,189 (0,089)	-0,179 (0,107)	1														
Таблицы Шульце, психическая устойчивость (ПУ)	-0,144 (0,198)	-0,035 (0,755)	-0,038 (0,736)	0,065 (0,564)	0,089 (0,429)	-0,044 (0,695)	-0,263* (0,017)	1													

Окончание таблицы 3

Простые аналогии, количество выполненных проб	0,032 (0,776)	-0,028 (0,806)	0,159 (0,156)	0,046 (0,687)	-0,133 (0,235)	-0,289** (0,009)	-0,210 (0,060)	0,015 (0,896)	1									
Простые аналогии, количество искажений	-0,226* (0,042)	0,175 (0,118)	-0,084 (0,455)	-0,029 (0,794)	0,413** (<0,001)	0,218 (0,050)	-0,020 (0,857)	-0,001 (0,991)	-0,393** (<0,001)	1								
Простые аналогии, количество снижений	0,012 (0,914)	-0,006 (0,954)	-0,152 (0,177)	-0,042 (0,708)	0,057 (0,613)	0,262* (0,018)	0,227* (0,041)	-0,015 (0,891)	-0,982** (<0,001)	0,212 (0,057)	1							
Тест Струпа, Т2-Т1, интерференция названия	0,110 (0,327)	0,102 (0,364)	0,064 (0,573)	-0,015 (0,897)	-0,078 (0,491)	0,027 (0,810)	0,063 (0,576)	0,029 (0,7970)	-0,011 (0,922)	0,067 (0,557)	-0,002 (0,987)	1						
Тест Струпа, Т3-Т1, интерференция чтения	0,142 (0,207)	0,073 (0,516)	-0,006 (0,960)	-0,053 (0,636)	-0,078 (0,489)	0,071 (0,527)	0,050 (0,657)	0,020 (0,860)	0,026 (0,817)	0,002 (0,986)	-0,028 (0,803)	0,909** (<0,001)	1					
Сравнение понятий, количество несравнимых понятий	0,056 (0,618)	0,260* (0,018)	0,145 (0,193)	0,178 (0,109)	0,025 (0,825)	-0,132 (0,238)	-0,035 (0,757)	0,060 (0,593)	0,185 (0,097)	-0,168 (0,133)	-0,163 (0,147)	-0,098 (0,382)	1					
Сравнение понятий, количество искажений	0,120 (0,284)	0,402** (<0,001)	-0,036 (0,749)	-0,128 (0,252)	-0,108 (0,336)	0,020 (0,855)	0,073 (0,515)	0,077 (0,492)	0,016 (0,891)	-0,050 (0,656)	-0,006 (0,956)	0,084 (0,457)	0,074 (0,509)	0,151 (0,175)	1			
Сравнение понятий, количество снижений	-0,068 (0,541)	0,061 (0,583)	-0,036 (0,751)	-0,038 (0,733)	0,078 (0,488)	-0,040 (0,719)	0,143 (0,201)	0,039 (0,731)	-0,424** (<0,001)	0,128 (0,253)	0,424** (<0,001)	0,180 (0,108)	0,143 (0,203)	0,120 (0,285)	0,096 (0,393)	1		

Примечания: кк – коэффициент корреляции; р – вероятность; ИМТ – индекс массы тела; ДЗ – длительность заболевания; 10 слов КСОВ – 10 слов _ количество слов при отсроченном воспроизведении; КПБ КВС – Коррекционная проба Бурдона _ количество выполненных строк; КПБ КО – Коррекционная проба Бурдона _ количество ошибок; ТШ ЭР – Таблицы Шульте _ эффективность работы; ТШ ВР – Таблицы Шульте _ работоспособность; ТШ ПУ – Таблицы Шульте _ психическая устойчивость; ПА КПВЗ – Простые аналогии _ количество выполненных заданий; ПА КИ – Простые аналогии _ количество искажений; ПА КС – Простые аналогии _ количество снижений; ТС ИН – Тест Струпа _ интерференция названия; ТС ИЧ – Тест Струпа _ интерференция чтения; СП КСНП – Сравнение понятий _ количество несравнимых понятий; СП КИ – Сравнение понятий _ количество искажений; СП КС – Сравнение понятий _ количество снижений; * _ корреляция значима на уровне р<0,05; ** _ корреляция значима на уровне р<0,001.

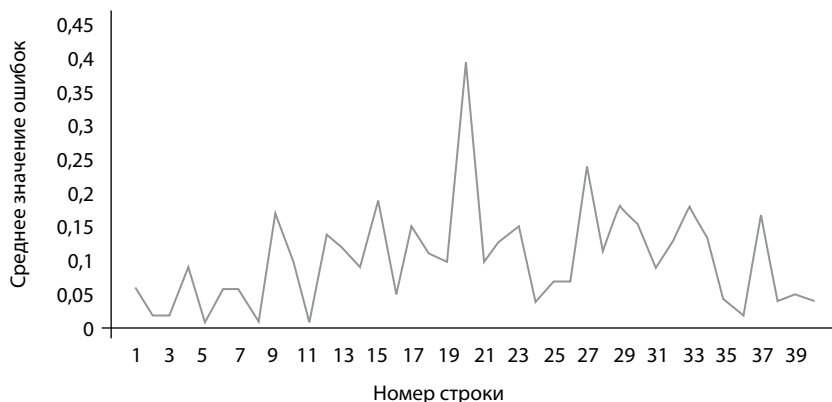


Рис. 2. Кривая ошибок по результатам выполнения методики «Корректирующая проба Бурдона»
Fig. 2. Error curve based on the results of the "Bourdon Corrective Test" technique

свидетельствующие о значительных нарушениях внимания: от 12 просмотренных строк и до 75 ошибок (табл. 2). Результаты корректирующей пробы, отражающие распределение ошибок по строкам, показали, что для пациентов с НА в целом характерен неравномерный темп психических процессов с колебаниями уровня работоспособности и наибольшим количеством совершаемых ошибок в середине исследования (рис. 2).

Результаты работы с таблицами Шульте отражают значения, соответствующие нормативным показателям объема внимания с незначительным нарастанием времени, затрачиваемого на отыскивание чисел, от 1-й к 5-й пробе (рис. 3). Средние показатели эффективности работы (ЭР), вработываемости (ВР), психической устойчивости (ПУ) также не превышали нормативных значений (табл. 2).

Статистически значимых различий по результатам выполнения проб на исследование внимания в зависимости от ИМТ выявлено не было, как в рамках сравнения между группами с разным весом, так и при проведении корреляционного анализа

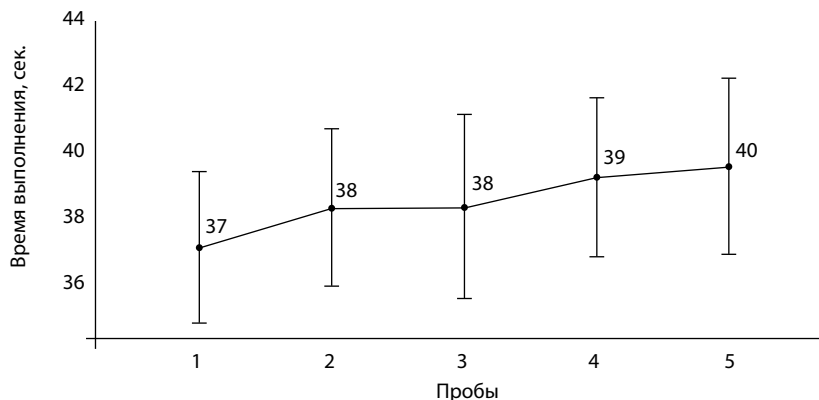


Рис. 3. Результаты выполнения методики «Таблицы Шульте» в 5 последовательных пробах (n=82)
Fig. 3. Results of Schulte's Tables technique in 5 consecutive trials (n=82)

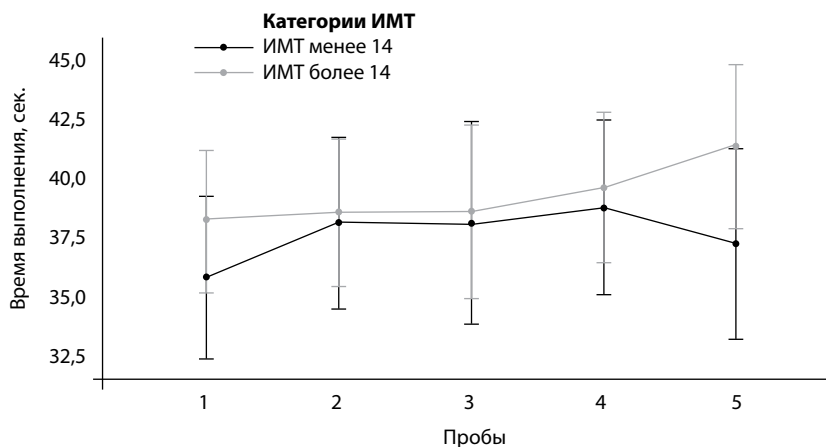


Рис. 4. Результаты выполнения методики «Таблицы Шульте» в 5 последовательных пробах в зависимости от ИМТ

Fig. 4. Results of Schulte's Tables technique in 5 consecutive trials depending on BMI

(табл. 3). Однако общий вид кривой, отражающей результаты выполнения методики «Таблицы Шульте», в зависимости от ИМТ несколько различался: при ИМТ >14,0 к 5-й пробе нарастало время (не превышая, однако, нормы), тогда как при ИМТ <14,0 кривая отражает колебания времени выполнения проб (рис. 4).

Обнаружена корреляционная связь длительности заболевания со степенью врабатываемости (BP) (табл. 3), свидетельствующая о том, что пациенты с более длительным стажем заболевания испытывают трудности с входением в задание.

Когнитивная ригидность. Выраженные тенденции повышения когнитивной ригидности в исследуемой группе пациентов с НА при выполнении теста Струпа выявлены не были. Однако, как и по другим методикам, обращает на себя внимание значительный разброс данных (табл. 2). В единичных случаях отмечался парадоксальный эффект отсутствия словесно-цветовой интерференции и даже улучшение результата на фоне интерферирующих влияний. При этом в среднем по группе первичный эффект интерференции называния (Т2-Т1) выше эффекта интерференции чтения (Т3-Т1), т. е. по мере усложнения задания отмечается улучшение переключаемости.

Мышление. Исследование способности к обобщению при выполнении методики «Простые аналогии» не выявило признаков выраженных нарушений операциональной стороны мышления. Пациенты в целом легко справлялись с заданием, правильно выполняя в среднем 9 проб из 10. Единичные ошибки по типу снижения или искажения обобщений не имели статистического значения. Вместе с тем при проведении корреляционного анализа обнаружилась слабо выраженная отрицательная тенденция связи ИМТ и количества ошибок по типу искажения.

Однако по результатам методики «Сравнение понятий» обнаружилось нарушение, которые проявились в использовании нестандартных объяснений при поиске сходства разнородных понятий, что квалифицируется как нарушение операциональной стороны мышления [24, 28]. В среднем по группе в 7 несравнимых понятиях из 10 назывались общие признаки, тогда как в норме общее в несравнимых понятиях, как правило, не находится или встречается не более одной пары несравнимых понятий.

Сходство находилось по таким латентным несущественным признакам, как созвучие или количество букв (ось – оса), размер или внешнее сходство (девочка – кукла), цвет (корзина – сова), совместное использование (очки – деньги), или объяснялось сверх-обобщением (волк – луна: символ ночи; ботинок – карандаш: сделаны человеком; река – птица: находятся в движении). Количество ответов по типу искажения или снижения процесса обобщения существенно не различалось (табл. 2).

При проведении корреляционного анализа переменная «Длительность заболевания» слабо положительно коррелировала с переменной «Количество сравнений пар несравнимых понятий» и количеством ошибок по типу искажения обобщений (табл. 3). Это означает, что у более длительно болеющих пациентов чаще обнаруживались трудности анализировать, синтезировать, выделять существенные признаки.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенного исследования не подтвердили первоначальную гипотезу о снижении когнитивного функционирования на фоне общего соматопсихического истощения и дефицита веса. Средние показатели концентрации внимания, работоспособности, объема запоминания, переключаемости колебались вокруг нормативных значений. Вместе с тем обнаружился значительный разброс данных по результатам выполнения отдельных методик, что свидетельствует о неравномерности процессов внимания и памяти и о разном уровне когнитивного функционирования в исследуемой группе. Это подтверждает данные многочисленных обзоров, в которых отмечается, что неоднородность выраженности нарушений когнитивных функций варьируется в зависимости от подтипов НА, характеристик выборки и методологических подходов [12, 29].

Характерно, что в среднем у пациентов с дефицитом веса в нашем исследовании не отмечалось общих признаков истощаемости, снижения концентрации внимания и объема запоминания. Более того, пациенты с более низкой массой тела (ИМТ < 14,0) обнаруживали более высокие показатели отсроченного запоминания и когнитивной переключаемости, т. е. лучше справлялись с заданиями, что противоречило ожиданиям и не совпадало с результатами других исследований [3, 30]. В некотором роде парадоксальный результат, возможно, имеет отношение к компенсаторным механизмам, когда на фоне общего истощения организму требуется более интенсивная мобилизация [31]. Другое объяснение может привлечь во внимание отмечаемую разными исследователями склонность пациентов с НА к перфекционизму [32, 33], что могло проявляться в стремлении выполнить задание максимально успешно. Следует также учитывать различия исполнительных функций с учетом разных психопатологических механизмов при очистительном и ограничительном типе НА [12, 29]. В этом контексте может иметь важное диагностическое значение выделение таких подтипов в новой версии МКБ-11 [27].

Показательно, что больший вклад в картину когнитивных нарушений вносила длительность заболевания НА, нежели дефицит веса. Так, у пациентов с большей длительностью заболевания НА чаще отмечались нарушения внимания по типу более длительной вработываемости и снижения концентрации при отыскивании чисел таблиц Шульте, а также нарушения мышления по типу искажения обобщений, что проявлялось в опоре на латентные признаки.

Отсутствие выявленных достоверных тенденций нарушения когнитивного функционирования и большой разброс данных свидетельствуют о неоднородности обследованной группы пациентов с НА. По данным многих исследователей, НА, как и другие расстройства пищевого поведения, редко бывает изолирована от сопутствующих расстройств и нарушений, которые вносят свой вклад в общую клиническую картину [17, 34, 35]. Можно предположить, что состояние пациентов с большей длительностью заболевания характеризуется психопатологической структурой с преобладанием нарушений мышления, более типичных для пациентов с расстройствами шизофренического спектра [28], что требует более углубленной клинической оценки. Нарушения формального мышления по типу искажения обобщений и опоры на латентные признаки также отмечаются при аутизме [36]. Это согласуется с данными ряда исследований о клинко-психопатологическом сходстве НА с расстройствами аутистического спектра [37, 38]. Кроме того, клинко-психологические особенности, лежащие в основе НА, могут иметь большее отношение к метакогнитивным процессам [39–41] и когнитивно-личностной специфике данной группы пациентов [2], чем к процессам нейрокогнитивного функционирования.

Возможные ограничения выполненного исследования связаны с условиями проведения в режиме интенсивного стационарного лечения, не рассчитанными на применение расширенного исследовательского комплекса методик, который позволил бы изучить более детально и дифференцированно специфические нарушения когнитивного функционирования данной группы пациентов.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование не выявило существенных типичных нарушений когнитивного функционирования, характерных для пациентов с НА. Пациенты с выраженным дефицитом веса в ряде случаев показывали даже более высокий результат при выполнении когнитивных проб. Однако у более продолжительно болеющих пациентов отмечались отдельные нарушения внимания и мышления. Отсутствие выявленных достоверных тенденций нарушения когнитивного функционирования и большой разброс результатов когнитивных проб свидетельствуют о нозологической неоднородности обследованной группы пациентов с НА. Можно также сделать предположение о вкладе других клинко-психологических факторов, таких как перфекционизм и метакогнитивные процессы, в развитие данного вида расстройства пищевого поведения. Необходимо дальнейшее изучение психопатологической структуры НА с выявлением отдельных групп состояний наряду с исследованием динамики когнитивного функционирования в ходе специализированного комплексного лечения и установлением корреляций с когнитивно-личностными особенностями, что будет способствовать поиску наиболее значимых мишеней для более эффективного терапевтического воздействия.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Korkina M., Tsvilko M., Marilov V. *Anorexia nervosa*. M: Medicine. 1986;176 p. (in Russian)
2. Bobrov A. Psychopathologic aspects of anorexia nervosa. *Almanac of Clinical Medicine*. 2015;1:13–23. (in Russian)
3. Shubina S., Skugarevsky O. Features of the results of pathopsychological study of patients with anorexia nervosa and schizophrenia. *Military medicine*. 2019;3:88–92. (in Russian)
4. Lang K., Lopez C., Stahl D., et al. Central coherence in eating disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *World J Biol Psychiatry*. 2014;15(8):586–98. doi: 10.3109/15622975.2014.909606

5. Grachev V., Shevchenko Y. Features of neurocognitive deficit in patients with anorexia nervosa [critical review]. *Neurological Bulletin*. 2016;1:69–76. (in Russian)
6. Pichnikov A., Popov Y., Ivanov A. Cognitive remediation in eating disorders. *Methodical recommendations of V.M. Bekhterev NMIC PN*. 2020; 25 p. (in Russian)
7. Green M.W., Elliman N.A., Wakeling A., et al. Cognitive functioning, weight change and therapy in anorexia nervosa. *J Psychiatr Res*. 1996;30(5):401–10. doi: 10.1016/0022-3956(96)00026-x
8. Duchesne M., Mattos P., Fontenelle L.F., et al. Neuropsychology of eating disorders: a systematic review of the literature. *Braz J Psychiatry*. 2004;26(2):107–17.
9. Tchanturia K., Giombini L., Leppanen J., et al. Evidence for Cognitive Remediation Therapy in Young People with Anorexia Nervosa: Systematic Review and Meta-analysis of the Literature. *Eur. Eat Disord. Rev*. 2017;25:227–236.
10. Jones B.P., Duncan C.C., Brouwers P., et al. Cognition in eating disorders. *J Clin Exp Neuropsychol*. 1991;13(5):711–28. doi: 10.1080/01688639108401085
11. Dann K.M., Hay P., Touyz S. Are poor set-shifting and central coherence associated with everyday function in anorexia nervosa? A systematic review. *J Eat Disord*. 2021;9, 40. doi: 10.1186/s40337-021-00392-x
12. Brockmeyer T., Febrly H., Leitteritz-Rausch A. et al. Cognitive flexibility, central coherence, and quality of life in anorexia nervosa. *J Eat Disord*. 2022;10:22. doi: 10.1186/s40337-022-00547-4
13. Lauer C.J., Gorzewski B., Gerlinghoff M., et al. Neuropsychological assessments before and after treatment in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of psychiatric research*. 1999;33(2):129–38.
14. Lena S.M., Fiocco A.J., Leyenaar J.K. The role of cognitive deficits in the development of eating disorders. *Neuropsychol Rev*. 2004;14(2):99–113. doi: 10.1023/b:nerv.0000028081.40907.de
15. Robbins T.W., Gillan C.M., Smith D.G., et al. Neurocognitive endophenotypes of impulsivity and compulsivity: towards dimensional psychiatry. *Trends Cogn Sci*. 2012;16(1):81–91. doi: 10.1016/j.tics.2011.11.009
16. Zhu R. Cognitive Process Difference among Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences*. 2023;8:2452–2459. doi: 10.54097/ehss.v8i.5012
17. Temirova A. Features of correlation of psychiatric and neurological disorders in anorexia nervosa in the process of complex treatment. *Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine*. 2004;2:108–113. (in Russian)
18. Kingston K., Szmukler G., Andrewes D., et al. Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa before and after refeeding. *Psychol Med*. 1996;26(1):15–28. doi: 10.1017/s0033291700033687
19. Mathias J.L., Kent P.S. Neuropsychological consequences of extreme weight loss and dietary restriction in patients with anorexia nervosa. *J Clin Exp Neuropsychol*. 1998;20(4):548–64. doi: 10.1076/jcen.20.4.548.1476
20. Thompson J.K., Spana R.E. Visuospatial ability, accuracy of size estimation, and bulimic disturbance in a noneating-disordered college sample: a neuropsychological analysis. *Percept Mot Skills*. 1991;73(1):335–8. doi: 10.2466/pms.1991.73.1.335
21. Jáuregui-Lobera I. Neuropsychology of eating disorders: 1995–2012. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:415–30. doi: 10.2147/NDT.S42714
22. Lee M., Roz S. Information Processing Biases in Eating Disorders. *Clinical psychology review*. 2004;24(2):215–38.
23. Yurieva T., Rishko N., Teslenko P. Neuropsychological features of persons suffering from eating disorders. *Interactive Science*. 2021;8(63):28–29. (in Russian)
24. Rubinstein S. *Experimental Methods of Pathopsychology*. Moscow: ZAO EXMO-Press. 1999; 448 p. (in Russian)
25. Kozyreva A. *Method "Schulte's Tables". Almanac of psychological tests*. M., 1995;112–116. (in Russian)
26. Emek Savaş D.D., Yerlikaya D.G., Yener G., et al. Validity, Reliability and Normative Data of the Stroop Test Çapa Version. *Türk Psikiyatri Derg*. 2020;31(1):9–21. doi: 10.5080/uz3549
27. Kostyuk G. *ICD-11. Chapter 06. Mental and behavioral disorders and disorders of neuropsychic development. Statistical classification*. Moscow: "KDU", "Universitetskaya kniga". 2021; 432 p. (in Russian)
28. Polyakov Y. *Pathology of cognitive activity in schizophrenia*. Moscow, "Medicine". 1974; 168 p. (in Russian)
29. Smith K.E., Mason T.B., Johnson J.S., et al. A systematic review of reviews of neurocognitive functioning in eating disorders: The state-of-the-literature and future directions. *Int J Eat Disord*. 2018;51(8):798–821. doi: 10.1002/eat.22929
30. Phillipou A., Gurvich C., Castle D.J., et al. Comprehensive neurocognitive assessment of patients with anorexia nervosa. *World J Psychiatr*. 2015; 5(4):404–411.
31. Romanchuk N. Human brain and nature: modern regulators of cognitive health and longevity. *Bulletin of science and practice*. 2021;7(6):146–190. (in Russian)
32. Stackpole R., Greene D., Bills E., et al. The association between eating disorders and perfectionism in adults: A systematic review and meta-analysis. *Eating Behaviors*. 2023. doi: 10.1016/j.eatbeh.2023.101769
33. Limburg K., Watson H.J., Hagger M.S., et al. The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 2017;73(10):1301–1326. doi: 10.1002/jclp.22435
34. Artemyeva M., Bryukhin A., Tsvilkov M., et al. Features of pathopsychological study of patients with anorexia nervosa in the process of complex therapy. *Bulletin of RUDN University. Series: Medicine*. 2002;3:58–60. (in Russian)
35. Artemyeva M., Vasiliev N. Comorbidity of anorexia nervosa. *Medico-pharmaceutical journal "Pulse"*. 2012;14(1):90–91. (in Russian)
36. Ivanova M., Borodina L. Features of thinking in adults with a diagnosis of autism spectrum disorder without mental retardation, diagnosed in childhood. *Autism and developmental disorders*. 2021;19,1(70):34–43. (in Russian)
37. Kerr-Gaffney J., Harrison A., Tchanturia K. Autism spectrum disorder traits are associated with empathic abilities in adults with anorexia nervosa. *Journal of Affective Disorders*. 2020;266:273–281. doi: 10.1016/j.jad.2020.01.169
38. Westwood H., Mandy W., Tchanturia K. Clinical evaluation of autistic symptoms in women with anorexia nervosa. *Molecular Autism*. 2017;8:12. doi: 10.1186/s13229-017-0128-x. eCollection 2017
39. Olstad S., Solem S., Hjemdal O., et al. Metacognition in eating disorders: Comparison of women with eating disorders, self-reported history of eating disorders or psychiatric problems, and healthy controls. *Eating Behaviors*. 2015;16:17–22. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.10.019
40. Palmieri S., Mansueto G., Ruggiero G.M., et al. Metacognitive beliefs across eating disorders and eating behaviours: a systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021;28(5):1254–1265. doi: 10.1002/cpp.2573
41. Springfield C.R., Bonfils K.A., Chernov N.V., et al. The paradoxical moderating effects of metacognition in the relationships between self-esteem, depressive symptoms, and quality of life in anorexia and bulimia. *Consortium Psychiatricum*. 2023;4(2):6–20. doi: 10.17816/CP6139

<https://doi.org/10.34883/PI.2024.15.4.003>
УДК 159.96
УДК 376.112.4



Сумина Н.Е.¹ ✉, Калимулина И.Р.²

¹ Поволжский государственный университет физической культуры, спорта и туризма, Казань, Россия

² Институт фундаментальной медицины и биологии Казанского федерального университета, Казань, Россия

Коррекция эмоционального выгорания средствами адаптивной физической культуры: пилотный этап

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, редактирование, сбор материала, обработка, написание текста – Н.Е. Сумина; концепция и дизайн исследования, редактирование, обработка, написание текста – И.Р. Калимулина.

Подана: 19.03.2024

Принята: 09.10.2024

Контакты: evgenia1905@rambler.ru

Резюме

Введение. Синдром эмоционального выгорания на рабочем месте в новой Международной классификации болезней МКБ-11 официально включен в специальный раздел «Проблемы, связанные с занятостью или безработицей». В основной части научных трудов акцент сделан на причинах формирования эмоционального выгорания среди специалистов помогающих профессий. Также значимым представляется вопрос коррекции и профилактики этого синдрома.

Цель. Разработать и определить эффективность программы коррекции эмоционального состояния педагогов дошкольного образовательного учреждения, работающих с детьми с задержкой психического развития, средствами адаптивной физической культуры.

Материалы и методы. Проведено комплексное исследование: анализ научно-методической литературы, психолого-педагогический эксперимент, методы математической статистики. В исследовании приняли участие 10 педагогов детского образовательного учреждения, работающих с детьми с задержкой психического развития, со стажем работы от 2 до 5 лет с признаками эмоционального выгорания.

Результаты. Установлено, что применение коррекционной программы среди педагогов дошкольного образовательного учреждения достоверно улучшает показатели эмоционального состояния, определяемые по следующим методикам: многофакторный опросник эмпатии М. Дэвиса; опросник выгорания Маслач; опросник «Шкала психологического благополучия» К. Рифф ($p < 0,05$).

Заключение. Применение разработанной нами программы в процессе психолого-педагогического сопровождения педагогов ДОО способствует коррекции психоэмоционального состояния и повышению уровня их психологического здоровья по таким ключевым индикаторам, как уровень эмпатии, симптомы профессионального выгорания, общее психологическое благополучие.

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, педагоги дошкольного образовательного учреждения, адаптивная физическая культура

Sumina N.¹ ✉, Kalimulina I.²

¹ Volga State University of Physical Culture, Sports and Tourism, Kazan, Russia

² Institute of Fundamental Medicine and Biology of Kazan Federal University, Kazan, Russia

Correction of Emotional Burnout by Means of Adaptive Physical Culture: Pilot Stage

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: the concept and design of research, editing, collecting material, processing, writing text – Sumina N.; the concept and design of research, editing, processing, writing text – Kalimulina I.

Submitted: 19.03.2024

Accepted: 09.10.2024

Contacts: evgenia1905@rambler.ru

Abstract

Introduction. Burnout syndrome in the workplace is officially included in the new International Classification of Diseases ICD-11 section "Problems related to employment or unemployment". The bulk of scientific works focus on the reasons for the formation of emotional burnout among specialists in helping professions and diagnostics. The issue of correction and prevention of this syndrome is also significant.

Purpose. To develop and determine the effectiveness of a program for correcting the psycho-emotional state of teachers of a preschool educational institution working with children with mental retardation, using adaptive physical education.

Materials and methods. Comprehensive research (analysis of scientific and methodological literature, psychological and pedagogical experiment, methods of mathematical statistics). The study involved 10 teachers of a children's educational institution working with children with mental retardation, with work experience from 2 to 5 years with diagnosed emotional burnout.

Results. It was found that the use of a correction program among teachers of a preschool educational institution significantly improves indicators of emotional state, diagnosed using the following methods: M. Davis's multifactorial empathy questionnaire; Maslach burnout questionnaire; questionnaire "Psychological well-being scale" by K. Rieff ($p < 0.05$).

Conclusion. The use of the program we have developed in the process of psychological and pedagogical support for teachers helps to correct the psycho-emotional state and increase the level of their psychological health according to such key indicators as: the level of empathy, symptoms of professional burnout, and general psychological well-being.

Keywords: emotional burnout, teachers of preschool educational institutions, adaptive physical education

■ ВВЕДЕНИЕ

К вопросу эмоционального выгорания педагогов обращаются многие психологические исследования. Согласно разделу в МКБ-10 «Проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни» (Z73), эмоциональное выгорание

обозначается как растущее эмоциональное истощение, характеризующееся полным или частичным отсутствием эмоционального ответа на психически воздействующий фактор. Кроме того, синдром эмоционального выгорания на рабочем месте в новой Международной классификации болезней (МКБ-11) официально включен в раздел «Проблемы, связанные с занятостью или безработицей». Стоит отметить, что выгорание характерно не только для людей работающих, но и для молодых родителей и даже домохозяек [6, 7], ведь причинами выгорания могут быть не только напряженный труд, сложные отношения в коллективе или низкая заработная плата, но и монотонный труд или высокая ответственность.

Традиционно внимание российской психологической науки сконцентрировано на риске возникновения профессионального выгорания среди специалистов, работающих в системе «человек – человек». Оно влечет целый ряд негативных последствий: значительные изменения жизненных ценностей и установок, снижение внутренних ресурсов, изменения психоэмоционального состояния личности в целом.

Педагогическая деятельность является одним из основных факторов стресса, что подтверждается результатами исследований М.М. Рубинштейн [5], В.Е. Орел [4] и др.

Проблема профессионального выгорания педагогов не теряет своей актуальности уже на протяжении многих лет. Исследования последних лет показывают, что большинство педагогов, особенно дошкольных образовательных учреждений, психологически не готовы к инклюзивному образованию. Ведь решение коррекционных задач требует не просто овладения коррекционными технологиями обучения, но и огромных психологических ресурсов.

Л.М. Митина в своих исследованиях указывает, что именно педагоги имеют низкие показатели физического, психологического и психического здоровья, которые снижаются в связи с увеличением стажа работы в школе [3].

В число причин, негативно влияющих на психологическое здоровье педагога, входят: большая продолжительность рабочего дня, точнее рабочих суток; высокий уровень нервно-психической напряженности; высокий уровень социальной ответственности; хронические перегрузки; риск заболевания в связи с общением со множеством людей; дефицит времени на восстановление потраченных сил; низкий уровень адаптации к возрастающим требованиям [1, 2].

Среди необходимых компонентов профессиональной компетентности педагогов, работающих с детьми с задержкой психического развития, выделяют: способность к адаптации и стрессоустойчивость; эмпатию, позволяющую принимать во внимание уникальные потребности каждого ребенка; способность определять состояние психологического комфорта и контролировать уровень психологического благополучия [8]. Однако проблемы, с которыми сталкиваются педагоги, такие как отсутствие или рассогласование программ обучения детей с ЗПР, огромное количество плано-отчетной документации, сложности взаимоотношений с родителями, способствуют формированию эмоциональной напряженности, эмоциональному истощению, эмоциональным срывам и возникновению психических расстройств или отдельных нарушений, в частности деперсонализации.

В связи с вышесказанным поиск способов психологической коррекции и профилактики эмоционального выгорания является актуальным.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать и определить эффективность программы коррекции психоэмоционального состояния педагогов дошкольного образовательного учреждения, работающих с детьми с задержкой психического развития, средствами адаптивной физической культуры.

Объект исследования: эмоциональное выгорание педагогов дошкольного образовательного учреждения.

Предмет исследования: программа коррекции психоэмоционального состояния педагогов дошкольного образовательного учреждения, работающих с детьми с задержкой психического развития.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 10 педагогов детского образовательного учреждения МАДОУ «Детский сад № 217 комбинированного вида» Московского района г. Казани, работающих с детьми с задержкой психического развития, со стажем работы от 2 до 5 лет.

В качестве диагностических методик использовались: многофакторный опросник эмпатии М. Дэвиса, опросник выгорания Маслач, опросник «Шкала психологического благополучия» К. Рифф (адаптация Т.Д. Шевеленковой, П.П. Фесенко), результаты которых констатировали наличие синдрома профессионального выгорания, снижение эмпатии и уровня субъективной оценки психологического благополучия.

Статистическая обработка результатов проводилась в Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 20. Оценка различий между исследуемыми группами проведена с помощью U-критерия Манна – Уитни для независимых выборок. Значимость различий определялась при достижении уровня $p < 0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

С целью коррекции эмоционального состояния педагогов ДОУ, работающих с детьми с задержкой психического развития, и повышения их психологической грамотности разработана программа групповых занятий, включающая средства адаптивной физической культуры (табл. 1). Основными задачами программы определены:

1. Повышение уровня эмпатии педагогов.
2. Содействие профилактике профессионального выгорания.
3. Повышение общего уровня психологического благополучия педагогов.
4. Психологическое просвещение: приобретение, анализ и синтез знаний педагогов в области психологии (психологическое здоровье, благополучие личности, профилактика профессионального выгорания). Кроме того, в соответствии с требованиями ФГОС, повышение профессионального мастерства является приоритетной задачей.

Программа рассчитана на 12 занятий по 2 академических часа (общая продолжительность 24 часа). Частота встреч – 1 раз в неделю. Форма проведения: групповые занятия. Вся программа разделена на 3 блока (табл. 1).

Таблица 1
Программа коррекции психоэмоционального состояния педагогов ДОУ, работающих с детьми с задержкой психического развития
Table 1
Program for correction of the psycho-emotional state of teachers working with children with mental retardation

Блок	Занятие	Содержание занятия
I – вводный (2 часа)	Занятие 1. Диагностика психоэмоционального состояния педагогов ДОУ	1. Подготовительная часть: Приветствие. Знакомство. Сообщение цели и задач занятия. 2. Основная часть: 1) многофакторный опросник эмпатии М. Дэвиса; 2) опросник выгорания Маслач; 3) опросник «Шкала психологического благополучия» К. Рифф. 3. Заключительная часть: Подведение итогов, рефлексия
II – коррекционный (20 часов)	Занятие 2. Групповая дискуссия на предмет изучения проблемы эмпатии и толерантности к окружающим	1. Подготовительная часть: Приветствие. Сообщение цели и задач занятия. 2. Основная часть: Рассмотрение влияния физической активности на эмоции и состояние психики. 3. Заключительная часть: Подведение итогов, рефлексия
	Занятие 3. Знакомство с упражнениями, направленными на развитие эмпатии и понимания чувств других	1. Подготовительная часть: Приветствие. Сообщение цели и задач занятия. 2. Основная часть: Практические упражнения для осознания своих чувств. Практика упражнений, направленных на развитие эмпатии и понимания чувств других. 3. Заключительная часть: Подведение итогов, рефлексия
	Занятие 4. Применение физических упражнений, требующих взаимодействия	1. Подготовительная часть: Приветствие. Сообщение цели и задач занятия. 2. Основная часть: Изучение групповых физических упражнений, требующих взаимодействия: слепой лес, завязывание глаз, совместное построение, танцевальное взаимодействие. Практическая часть. 3. Заключительная часть: Подведение итогов, рефлексия
	Занятие 5. Групповая дискуссия на предмет изучения проблемы саморегуляции и роли физической активности в саморегуляции	1. Подготовительная часть: Приветствие. Сообщение цели и задач занятия. 2. Основная часть: Обсуждение роли эмпатии в процессе обучения и воспитания. Ролевая игра на создание ситуации, способствующей развитию эмпатии. 3. Заключительная часть: Подведение итогов, рефлексия
	Занятие 6. Применение системы тай-чи для саморегуляции	1. Подготовительная часть: Приветствие. Сообщение цели и задач занятия. 2. Основная часть: Презентация тай-чи как средства саморегуляции психического состояния. Практическая часть. 3. Заключительная часть: Подведение итогов, рефлексия

Окончание таблицы 1

	Занятие 7. Применение системы пилатеса для саморегуляции	1. Подготовительная часть: Приветствие. Сообщение цели и задач занятия. 2. Основная часть: Презентация пилатеса как средства саморегуляции. Практическая часть. 3. Заключительная часть: Подведение итогов, рефлексия
	Занятие 8. Применение йоги для саморегуляции	1. Подготовительная часть: Приветствие. Сообщение цели и задач занятия. 2. Основная часть: Презентация йоги как средства саморегуляции психического состояния. Практическая часть. 3. Заключительная часть: Подведение итогов, рефлексия
	Занятие 9. Применение единоборства как средства саморегуляции	1. Подготовительная часть: Приветствие. Сообщение цели и задач занятия. 2. Основная часть: Презентация видов единоборств как средств саморегуляции психического состояния. Практическая часть. 3. Заключительная часть: Подведение итогов, рефлексия
	Занятие 10. Дыхательные практики для саморегуляции психического состояния	1. Подготовительная часть: Приветствие. Сообщение цели и задач занятия. 2. Основная часть: Презентация дыхательных практик как средства саморегуляции. Практическая часть. 3. Заключительная часть: Подведение итогов, рефлексия
	Занятие 11. Ролевая игра	1. Подготовительная часть: Приветствие. Сообщение цели и задач занятия. 2. Основная часть: Разработка планов интеграции методов саморегуляции в свою работу. Обмен опытом и обсуждение лучших практик. 3. Заключительная часть: Подведение итогов, рефлексия
III – итоговый (2 часа)	Занятие 12. Повторная диагностика психоэмоционального состояния педагогов ДОУ	1. Подготовительная часть: Приветствие. Знакомство. Сообщение цели и задач занятия. 2. Основная часть: 1) многофакторный опросник эмпатии М. Дэвиса; 2) опросник выгорания Маслач; 3) опросник «Шкала психологического благополучия» К. Рифф. 3. Заключительная часть: Подведение итогов, рефлексия

I блок: знакомство и диагностика психологических состояний.

II блок – коррекционный (10 занятий). Данный блок разработан для формирования толерантного отношения к другим людям. Здесь поднимаются вопросы принятия другого человека, его индивидуальности, особенностей его личности через физическую активность. Задача данного этапа – помощь педагогам в осознании своего состояния и формировании навыков психологической саморегуляции. Для решения

поставленных задач нами были использованы такие средства адаптивной физической культуры, как тай-чи, йога, пилатес, единоборства, способствующие повышению психологической толерантности и стрессоустойчивости через физическую активность.

III блок – рефлексия и повторная диагностика.

Важно отметить, что в рамках программы каждое занятие состоит из 3 частей: вводной, основной, заключительной.

Вводной части отводится 20% от общего времени проведения занятия. В данной части занятия происходит знакомство участников с планом работы, сообщение задач занятия. В основной части занятия, которой отводится 60% времени, решаются основные задачи занятия, выполняются основные упражнения и задания. Заключительная часть занимает 20% от общего времени. Заключительная часть направлена на подведение итогов, рефлексия.

Результаты работы: изучение исследуемых показателей в начале и конце исследования позволило определить положительную динамику. По опроснику эмпатии М. Дэвиса, оценка по шкале РТ (децентрация) достоверно улучшена на 40% ($p < 0,05$); показатели шкалы FS (фантазия) – на 50% ($p < 0,05$); показатели шкалы ЕС (эмпатийная забота) – на 45% ($p < 0,05$); оценка по шкале PD (эмпатийный дистресс) – на 80% ($p < 0,05$).

По опроснику выгорания Маслач показатели эмоционального истощения достоверно лучше на 29% ($p < 0,05$); показатели деперсонализации – на 44% ($p < 0,05$); показатели редукции профессиональных достижений – на 45% ($p < 0,05$). По опроснику «Шкала психологического благополучия» К. Рифф показатели шкалы психологического благополучия достоверно лучше на 9% ($p < 0,05$) (табл. 2).

Таблица 2
Изменение изучаемых показателей у педагогов экспериментальной группы ($X \pm \sigma$), баллы
Table 2
Changes in the studied indicators among teachers of the experimental group ($X \pm \sigma$), scores

Шкалы, баллы	Начало эксперимента	Конец эксперимента	Норма
Шкала РТ	6,8±1,3 $p < 0,05$	11,6±1,0	11–20 баллов
Шкала FS	6,2±0,4 $p < 0,05$	12,2±0,7	11–22 балла
Шкала ЕС	6,4±1,0 $p < 0,05$	11,8±1,2	11–21 балл
Шкала PD	1,4±0,5 $p < 0,05$	6,0±0,6	6–16 баллов
Эмоциональное истощение	16,8±1,7 $p < 0,05$	12,0±0,6	0–15 баллов
Деперсонализация	11,0±1,4 $p < 0,05$	6,2±0,7	0–5 баллов
Шкала психологического благополучия К. Рифф	324,8±1,2 $p < 0,05$	352,6±4,5	354 и выше баллов

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение разработанной нами программы в процессе психолого-педагогического сопровождения педагогов дошкольного образовательного учреждения способствует коррекции психоэмоционального состояния и повышению уровня их психологического здоровья по таким ключевым индикаторам, как уровень эмпатии, симптомы профессионального выгорания, общее психологическое благополучие.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Balyk A.S. Stress factors in the professional activities of employees of a preschool educational organization. *Society: sociology, psychology, pedagogy*. 2019;11(67). (in Russian)
2. Zeyer Ye.F. *Psychology of professions: textbook. manual for university students*. Moscow: Acad. project; Ekaterinburg: Business book; 2003. 329 p. ISBN 5-8291-0190-4. (in Russian)
3. Mitina L.M. *Professional activity and health of a teacher: a textbook for students of higher pedagogical educational institutions*. Moscow: Academia; 2005. 362 p. ISBN 5-7695-2256-9. (in Russian)
4. Orel V.E. *Personality mental burnout syndrome*. Moscow: IP; 2005. 329 p. (in Russian)
5. Rubinshteyn M.M. On the meaning of life. *Tr. in Philosophy of Value, Theory of Education and Univ.* Vol. 1. Question. Moscow: Territory of the future; 2008. 574 p. (in Russian)
6. Stekol'shikova Yu.N., Il'inskiy S.V. Emotional burnout of spouses depending on family experience. *Bulletin of the Samara Humanitarian Academy. Series: Psychology*. 2013;2(14). (in Russian)
7. Fadeyeva T.Yu. Psychological factors of parental burnout in fathers and mothers. *Izv. Sarat. University of Nov. ser. Ser. Acmeology of education. Developmental psychology*. 2021;4(40). (in Russian)
8. Shevtsova T.S., Korovushkina N.N. Emotional burnout syndrome among teachers working with children with disabilities. *Problems of modern pedagogical education*. 2018;59–4. (in Russian)

<https://doi.org/10.34883/PI.2024.15.4.006>



Литвинчук Е.А. ✉, Кантина Т.Э., Буртовая Е.Ю.
Уральский научно-практический центр радиационной медицины, Челябинск,
Россия

Немедикаментозная коррекция когнитивных нарушений у лиц, подвергшихся облучению

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, редактирование – Буртовая Е.Ю.; концепция и дизайн исследования, сбор материала, обработка, написание текста – Литвинчук Е.А.; концепция и дизайн исследования, сбор материала – Кантина Т.Э.

Финансирование: исследование выполнено в рамках прикладной НИР «Модернизация высокотехнологичных методов, направленных на выявление медицинских последствий радиационных воздействий на персонал ПО «Маяк» и население Уральского региона» (шифр «Медицинские последствия-21»).

Подана: 13.06.2024

Принята: 09.10.2024

Контакты: lea22121971@mail.ru

Резюме

Медицинские обследования состояния психического здоровья населения территорий Южного Урала, подвергшегося воздействию малых доз ионизирующих излучений, свидетельствовали о раннем возникновении когнитивного дефицита.

Цель. Оценка эффективности программы занятий по немедикаментозной коррекции когнитивных нарушений в комплексном лечении когнитивных расстройств у лиц, подвергшихся облучению.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 40 пациентов с легкими когнитивными нарушениями, подвергшиеся многолетнему облучению в диапазоне малых доз в результате производственной деятельности ПО «Маяк». Основная группа ($n=20$) состояла из лиц, которые получали стандартное медикаментозное лечение и посещали занятия по немедикаментозной коррекции когнитивных нарушений. В контрольную группу ($n=20$) вошли пациенты, получающие только стандартное медикаментозное лечение. Для оценки эффективности программы были использованы клинико-психологические методики (MMSE, «Таблицы Шульте»), статистические методы.

Результаты. По результатам повторной диагностики наблюдалось статистически значимое увеличение отдельных показателей по методике MMSE в основной группе, в частности по субшкалам «внимание» ($p=0,021$) и «память» ($p=0,023$) и, соответственно, увеличение общего балла ($p=0,002$). Кроме того, в этой группе статистически значимо снизился показатель эффективности работы по методике «Таблицы Шульте», что может свидетельствовать о том, что пациенты быстрее справляются с заданием ($p=0,045$). В контрольной группе не наблюдается статистически значимых изменений по результатам повторной диагностики. Полученные результаты могут свидетельствовать о положительном влиянии занятий на когнитивные функции и нейродинамические параметры психической деятельности.

Заключение. Предложенная программа занятий по немедикаментозной коррекции когнитивных нарушений может быть использована для лиц, подвергшихся облучению в результате радиационных аварий, а также для всех лиц пожилого и среднего возраста, имеющих легкие когнитивные нарушения.

Ключевые слова: когнитивные расстройства, когнитивные нарушения, немедикаментозная терапия, комплексное лечение, аварийное облучение, река Теча

Litvinchuk E. ✉, Kantina T., Burtovaia E.

Urals research Center for Radiation Medicine, Chelyabinsk, Russia

Non-Pharmacological Treatment of Cognitive Impairment in People Exposed to Radiation

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: research concept and design, editing – Burtovaia E.; research concept and design, collection of material, processing, writing of text – Litvinchuk E.; research concept and design, collection of material – Kantina T.

Funding: the study was carried out within the framework of applied research "Modernization of high-tech methods aimed at identifying the medical consequences of radiation effects on the staff of the industrial group "Mayak" and the population of the Ural region" (code "Medical consequences-21").

Submitted: 13.06.2024

Accepted: 09.10.2024

Contacts: lea22121971@mail.ru

Abstract

Medical examinations of the mental health status of the population of the territories of the Southern Urals exposed to low-dose ionizing radiation indicated the early onset of cognitive deficits.

Purpose. To evaluate the effectiveness of the program of non-pharmacological therapy for cognitive impairment in the comprehensive treatment of cognitive disorders in exposed people.

Materials and methods. The study involved 40 patients with mild cognitive impairment who had been affected by long-term low-dose radiation exposure as a result of the activities of the Mayak Production Association. The main group (n=20) consisted of individuals who received standard pharmacological therapy and attended sessions of non-pharmacological treatment of cognitive impairment. The control group (n=20) comprised patients receiving only standard pharmacological therapy. Clinical-and-psychological methods (MMSE, Schulte's Table test), and statistical methods were used to assess the effectiveness of the program.

Results. Repeated diagnostic assessment revealed a statistically significant increase in individual MMSE indicators in the main group, in particular in the subscales "attention" (p=0.021) and "memory" (p=0.023) and, an increase in the overall score thereof (p=0.002). In addition, Schulte's Table test performance indicator decreased statistically significantly in this group, which could indicate that patients coped with the task faster (p=0.045). As for the control group, no statistically significant changes were observed. The obtained results could indicate a positive effect of the therapy on cognitive functions and neurodynamic parameters of mental activity.

Conclusion. The proposed program of non-pharmacological therapy for cognitive impairment could be used for accidentally exposed people as well as for all elderly and middle-aged people with mild cognitive impairment.

Keywords: cognitive disorders, cognitive impairment, non-pharmacological therapy, comprehensive treatment, accidental exposure, the Techa River

■ ВВЕДЕНИЕ

Радиоактивное загрязнение определенных территорий вследствие радиационных аварий сказывается на проживающих на них поколениях и остается важной экологической проблемой [1–3]. Углубленное клиническое обследование участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС выявило многофакторную экзогенно-органическую патологию с цереброваскулярными нарушениями и формированием преимущественно недементных вариантов психоорганического синдрома [4–7]. Обследования состояния психического здоровья населения территорий Южного Урала, подвергшихся облучению в результате производственной деятельности ПО «Маяк» на реке Тече, свидетельствовали о раннем возникновении когнитивного дефицита у лиц, подвергшихся воздействию малых доз ионизирующих излучений [5, 8, 9]. Через пятьдесят и более лет после аварии наибольшее распространение у пациентов имели преимущественно органические непсихотические психические расстройства с преобладанием органического астенического и органического когнитивного расстройства, обусловленные цереброваскулярной патологией. Среди жалоб на когнитивные нарушения пациенты чаще всего отмечали снижение работоспособности, концентрации внимания, памяти на текущие события, затруднение при запоминании новой информации, забывчивость, рассеянность, трудности в подборе слов при разговоре, выполнении счетных операций, изменение мышления (ригидность, обстоятельность, вязкость) [9]. Актуальным становится вопрос разработки программы немедикаментозной коррекции когнитивных нарушений у облученных, в частности на стадии субъективных и легких когнитивных нарушений.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности программы занятий по немедикаментозной коррекции когнитивных нарушений в комплексном лечении когнитивных расстройств у лиц, подвергшихся облучению.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено на базе клинического отделения ФГБУН «Уральский научно-практический центр радиационной медицины» ФМБА России сотрудниками лаборатории экологической патопсихологии. В группу исследования были включены лица, подвергшиеся многолетнему облучению в диапазоне малых доз в результате производственной деятельности ПО «Маяк», 1950–1957 г. р., состоящие в медикодозиметрической базе данных «Человек» Уральского научно-практического центра радиационной медицины. Отбор пациентов проводил врач-психиатр на первичной консультации, при этом оценивался психический статус пациента, наличие диагностированных когнитивных нарушений в рамках легкого когнитивного расстройства

F06.7 по МКБ-10, наличие эмоциональных и поведенческих расстройств. Все включенные в исследование пациенты предъявляли жалобы на забывчивость, снижение памяти, ухудшение внимания, снижение умственной работоспособности. Критериями исключения являлись тяжелые декомпенсированные соматические заболевания, в том числе онкологическая патология и сахарный диабет, перенесенные тяжелые черепно-мозговые травмы, острые и хронические психические расстройства, значительные нарушения слуха и зрения. Все пациенты дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

В исследование включены 40 человек, которых распределили в две группы: основная группа ($n=20$) состояла из лиц, которые получали стандартное медикаментозное лечение и посещали занятия по немедикаментозной коррекции когнитивных нарушений, в контрольную группу ($n=20$) вошли пациенты, получающие только стандартное медикаментозное лечение. Количество мужчин в основной группе составило 7 чел. (35,0%), женщин – 13 чел. (65,0%), в контрольной группе мужчин – 6 чел. (30,0%), женщин – 14 чел. (70,0%). Доза антенатального облучения на красный костный мозг (ККМ) в основной группе составила 0,072 (0,038; 0,158) Гр, на мягкие ткани (МТ) – 0,001 (0,001; 0,004) Гр. В контрольной группе доза антенатального облучения на ККМ – 0,056 (0,022; 0,121) Гр, на МТ – 0,001 (0,0001; 0,007) Гр. Группы были однородны и сопоставимы по выраженности когнитивных нарушений, имеющимся соматическим заболеваниям, половозрастному составу, образованию, социальному статусу и дозе радиационного воздействия. Средний возраст обследуемых в основной группе составил – $68,4 \pm 0,5$ года, в контрольной – $68,3 \pm 0,5$ года.

Дальнейшую работу с пациентами проводил психолог, в обеих группах была проведена первичная клинико-психологическая диагностика когнитивных нарушений с использованием Краткой шкалы оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination (MMSE) M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. Hugh; 1975) и методики «Таблицы Шульте» [10, 11]. Для диагностики по методике «Таблицы Шульте» был использован аппаратно-программный комплекс «НС-Психотест» (ООО «Нейрософт», Россия, г. Иваново), основанием для оценки результатов стала нормативная база, встроенная в комплекс [11]. Затем с пациентами основной группы психолог проводил занятия по немедикаментозной коррекции когнитивных нарушений. Перед выпиской (через 10–14 дней) психолог с пациентами обеих групп проводил повторную клинико-психологическую диагностику по названным выше методикам для оценки эффективности занятий.

Групповые занятия по немедикаментозной коррекции когнитивных нарушений в основной группе проводились ежедневно в соответствии с разработанной программой, которая составлена с учетом нейропсихологического подхода и ориентирована на активизацию когнитивных функций, развитие произвольной регуляции и нейродинамических параметров психической деятельности. Количество участников могло варьироваться от 4 до 8.

Программа состоит из 10 занятий, длительность одного занятия 60 минут. Каждое занятие начинается с вводной беседы, в процессе которой устанавливается эмоциональный контакт с участниками, дается краткая информация по вопросам развития и профилактики когнитивных нарушений, формируется направленность на работу. Информационная часть вводных бесед включает в себя характеристику возрастных особенностей развития когнитивных функций, особенностей памяти, внимания,

мышления, информацию о роли питания, физической активности, социальных контактах и увлечениях в профилактике когнитивных нарушений, рекомендации по эмоциональной регуляции в стрессовых ситуациях и по организации самостоятельных занятий дома.

Основной этап занятия представлен упражнениями на развитие внимания, памяти, мышления, воображения, речи. Достаточное внимание уделяется упражнениям, способствующим повышению психической активности и работоспособности (двигательным, физкультминуткам). Обязательным условием в процессе занятия является использование положительной обратной связи от ведущего (подбадривание, похвала), которая способствует поддержанию интереса к выполнению заданий, позитивному эмоциональному настрою, повышению самооценки участников.

В конце занятия подводятся его итоги. Участники говорят о том, что нового они узнали, что понравилось, что вызвало наибольшее затруднение при выполнении упражнений.

Каждое занятие имеет следующую структуру:

1. Вводная беседа.
2. Разогрев (упражнения для тонуса).
3. Двигательные упражнения (для пальцев, ритмы, на межполушарное взаимодействие).
4. Упражнения на развитие внимания и регуляторной сферы.
5. Упражнения на развитие памяти и воображения.
6. Физкультминутки для отдыха.
7. Упражнения на развитие мышления и речи.
8. Подведение итогов занятия, обратная связь от пациентов.

Результаты клинико-психологической диагностики подвергались статистической обработке с использованием пакета прикладных программ Statistica (Ver. 10.0). Данные были проверены на нормальность распределения с помощью одновыборочного критерия Колмогорова – Смирнова и критерия Шапиро – Уилка. В случае нормального распределения измеряемых величин данные были представлены в виде среднего и стандартной ошибки среднего ($M \pm m$), статистическая значимость различий между группами в этом случае определялась с помощью t -критерия для независимых выборок, статистическая значимость различий в основной группе до и после проведения занятий по немедикаментозной коррекции когнитивных нарушений оценивалась с помощью t -критерия для зависимых выборок. Величины, распределение которых не отвечало требованиям закона нормального распределения, были представлены в виде медианы, 25-го и 75-го процентилей $Me (Q_{25}; Q_{75})$, статистическую значимость различий в этом случае определяли с помощью U -критерия Манна – Уитни. Качественные данные представлены в виде $n, \%$ (число пациентов с данным признаком, доля их от количества в группе), для определения статистической значимости различий использовался критерий χ^2 Пирсона. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ результатов первичной клинико-психологической диагностики с помощью методики «Краткая шкала оценки психического статуса» (MMSE) показал, что наибольшее отклонение от максимального балла наблюдалось по субшкале «память» и «внимание» (табл. 1). Средний общий балл по методике в обеих группах лежит

Таблица 1
Распределение средних показателей по субшкалам по методике «Краткая шкала оценки психического статуса»

Table 1
Distribution of mean values by subscales using the Mini-Mental State Examination method

№	Название пробы	Основная группа (n=20)		Контрольная группа (n=20)		Максимальное значение
		Первичная диагностика	Повторная диагностика	Первичная диагностика	Повторная диагностика	
1	Ориентация во времени	4,8±0,1	4,9±0,1	4,7±0,1	4,7±0,1	5
2	Ориентация в пространстве	4,8±0,1	5,0±0,1	5,0±0,1	5,0±0,1	5
3	Восприятие (гнозис)	3,0±0	3,0±0	3,0±0	3,0±0	3
4	Внимание	3,5±0,2	4,1±0,2	3,5±0,2	3,6±0,02	5
5	Память	1,2±0,2	1,8±0,1	1,3±0,2	1,4±0,2	3
6	Речь	2,2±0,1	2,2±0,01	2,2±0,1	2,2±0,1	3
7	Праксис	5,6±0,1	5,9±0,1	5,6±0,1	5,6±0,1	6
	Средний общий балл по методике	25,1±0,3	26,6±0,3	25,7±0,4	25,9±0,4	30

в области преддементных когнитивных нарушений, в основной группе он равен 25,1±0,3 балла, в контрольной – 25,7±0,4 балла. По результатам повторной диагностики средний балл обеих групп остается в этой же области значений, но в основной группе он вырос на 1,5 балла, и разница между первичным и повторным измерением по этому показателю в этой группе достигает уровня статистической значимости ($p=0,002$, t -критерий для зависимых выборок). Также в основной группе по результатам повторного измерения наблюдается статистически значимое увеличение показателей по субшкалам «внимание» ($p=0,021$, t -критерий для зависимых выборок) и «память» ($p=0,023$, t -критерий для зависимых выборок) по сравнению с первичным

Таблица 2
Распределение обследуемых по основным показателям методики «Таблицы Шульте»

Table 2
Distribution of the studied individuals by the main indicators of the Schulte's Table test

Название показателя	Характеристика показателя	Основная группа (n=20)				Контрольная группа (n=20)			
		Первичная диагностика		Повторная диагностика		Первичная диагностика		Повторная диагностика	
		Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %	Абс.	Отн., %
Устойчивость внимания	Недостаточная устойчивость внимания	16	80,0	11	55,0	15	75,0	15	75,0
	Достаточная устойчивость внимания	4	20,0	9	45,0	5	25,0	5	25,0
Эффективность работы	56 баллов и выше – низкая эффективность работы	8	40,0	4	20,0	6	30	5	25,0
	30–55 баллов – средняя эффективность работы	12	60,0	16	80,0	13	65,0	14	70,0
	30 баллов и менее – высокая эффективность работы	0	0	0	0	1	5,0	1	5,0

обследованием. В контрольной группе результаты повторной диагностики не показали статистически значимых изменений.

Результаты первичной диагностики с помощью методики «Таблицы Шульце» показали преобладание лиц с недостаточной устойчивостью внимания и средней эффективностью работы в обеих группах (табл. 2). Средний балл эффективности работы в обеих группах лежит в области средних значений, в основной группе он равен $55,9 \pm 2,6$ балла, в контрольной – $54,1 \pm 3,9$ балла. По результатам повторной диагностики в контрольной группе показатели практически не изменились (средний балл эффективности работы – $54,4 \pm 4,2$), в основной группе увеличилось количество лиц с достаточной устойчивостью внимания и средней эффективностью работы (средний балл – $49,7 \pm 1,5$). Сопоставление результатов первичного и повторного обследования в основной группе показало, что различие между индивидуальными показателями эффективности работы в этой группе достигает уровня статистической значимости ($p=0,045$, t-критерий для зависимых выборок).

■ ОБСУЖДЕНИЕ

А.Р. Лурия выделял три функциональных блока мозга, которые участвуют в осуществлении любого вида психической деятельности: I блок участвует в регуляции тонуса и бодрствования, II блок отвечает за получение, переработку и хранение информации, III блок выполняет программирование, регуляцию и контроль психической деятельности [12]. Появление субъективных и легких когнитивных нарушений в большей степени связывают с нарушением в работе I блока мозга, что характеризуется отвлекаемостью, снижением активности, дефицитом эмоциональной регуляции, увеличением тормозимости следов памяти [13]. Раннее выявление и проведение комплексных реабилитационных и коррекционных мероприятий может способствовать замедлению нейродегенеративных процессов и в некоторых случаях улучшению когнитивных функций. В основе восстановления когнитивных функций, поддержания их на уровне, позволяющем человеку оптимально функционировать, лежит концепция нейропластичности. Нейропластичность определяется как базисный биологический процесс, обеспечивающий постоянную структурно-функциональную реорганизацию нервной и глиальной ткани вследствие естественного или патологического повреждения, что позволяет нервной системе адаптироваться к новым функциональным условиям в течение всей жизни человека [13, 14].

В научной литературе подчеркивается необходимость использования немедикаментозной терапии при лечении когнитивных нарушений, в качестве возможных вариантов называются когнитивный тренинг, музыкальная терапия, арт-терапия, поведенческая терапия, тренинг социально-когнитивных навыков, физические упражнения, физиотерапевтические процедуры и пр. [15–17]. Наряду с этим есть работы, которые говорят о неоднозначности результатов исследований, изучающих использование когнитивных тренировок, и противоречивых выводах систематических обзоров и не находят заметных преимуществ когнитивных тренировок в развитии общих когнитивных способностей [18]. Однако большинство работ указывает на важность применения немедикаментозной терапии в лечении и профилактике когнитивных нарушений, особенно на ранних стадиях [15, 19–21].

При составлении нашей программы занятий по немедикаментозной коррекции когнитивных нарушений мы учли рекомендации из литературных источников о роли

для профилактики когнитивных нарушений и восстановления когнитивных функций регулярной физической активности, рационального питания, социальной активности, увлечений и включили информационные сообщения на соответствующие темы в вводные беседы в начале каждого занятия. Кроме того, пациенты получили сведения об отдельных когнитивных функциях, возрастных изменениях в работе головного мозга, им были даны рекомендации по эмоциональной регуляции своего состояния в стрессовых ситуациях и продолжению самостоятельных занятий дома, ориентируясь на полученные знания.

Учитывая наличие легких когнитивных нарушений, диагностируемых врачом-психиатром, и жалобы пациентов на повышенную утомляемость, отвлекаемость, снижение работоспособности, характерные в большей степени для нарушений в работе I блока мозга, каждое занятие содержало упражнения для тонуса, двигательные упражнения и физкультминутки для отдыха. Включение данных упражнений, на наш взгляд, способствовало повышению психической активности и работоспособности пациентов, поддерживало интерес к занятию и позитивный настрой.

Результаты нашего исследования также показали статистически значимое увеличение отдельных показателей по методике MMSE в основной группе при сопоставлении результатов первичного и повторного обследования, в частности по субшкалам «внимание» ($p=0,021$, t -критерий для зависимых выборок) и «память» ($p=0,023$, t -критерий для зависимых выборок), и, соответственно, увеличение общего балла ($p=0,002$, t -критерий для зависимых выборок). Кроме того, в этой группе статистически значимо снизился показатель эффективности работы по методике «Таблицы Шульте», что может свидетельствовать о том, что пациенты быстрее справляются с заданием ($p=0,045$, t -критерий для зависимых выборок), полученные результаты могут свидетельствовать о положительном влиянии занятий на когнитивные функции и нейродинамические параметры психической деятельности. В контрольной группе не наблюдается статистически значимых изменений при сравнении результатов первичной и повторной диагностики.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование программы занятий по немедикаментозной коррекции когнитивных нарушений у лиц, подвергшихся облучению, показало статистически значимое увеличение показателей внимания и памяти, а также статистически значимое улучшение показателя эффективности работы у исследуемых основной группы. Мы можем предположить, что положительный результат был достигнут в том числе за счет включения нейропсихологических упражнений, направленных на повышение психической активности и работоспособности, позволяющих скомпенсировать недостатки в работе I блока мозга (повышение утомляемости, истощаемости, отвлекаемости, дефицит эмоциональной регуляции). Большинство пациентов основной группы осознали необходимость подобных занятий для себя и были настроены продолжить подобные тренировки дома, кроме улучшения когнитивных функций, они отмечали стабилизацию эмоционального состояния, снижение утомляемости, повышение самодисциплины.

Предложенная программа занятий по немедикаментозной коррекции когнитивных нарушений с учетом нейропсихологического подхода может быть использована для лиц, подвергшихся облучению в результате радиационных аварий, а

также для всех лиц пожилого и среднего возраста, имеющих легкие когнитивные нарушения с учетом исключений, обозначенных выше. Практическое применение разработанной программы позволит повысить общую эффективность терапевтических мероприятий.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Akleyev A.V., Kiselev M.F. Ecological and medical consequences of the 1957 radiation accident at Mayak PA. Moscow, 2001:294. (In Russian)
2. Pasqual E., Boussin F., Bazyka D., et al. Cognitive effects of low dose of ionizing radiation – Lessons learned and research gaps from epidemiological and biological studies. *Environment International*. 2021;147:106295. DOI: 10.1016/j.envint.2020.106295
3. Collett G., Craenen K., Young W., et al. The psychological consequences of (perceived) ionizing radiation exposure: a review on its role in radiation-induced cognitive dysfunction. *International Journal of Radiation Biology*. 2020;96(9):1104–1118. DOI: 10.1080/09553002.2020.1793017
4. Krasnov V.N., Petrenko B.E., Voitsekh V.F., et al. Mental disturbances in liquidators of the aftermath of Chernobyl disaster. Part 2: Clinical-pathogenetic and pathoplastic relationships. *Social and Clinical Psychiatry*. 1993;3(4):6–20. (In Russian)
5. Rumjanceva G.M., Levina T.M., Chinkina O.V., et al. Peculiarities of psychological-psychiatric after-effects of radiative accidents. *Human Ecology*. 2007;09:42–47. (In Russian)
6. Rummyantseva G.M., Levina T.M., Chinkina O.V. Comparative study of organic mental disorders of vascular origin with participants of the liquidation of the chernobyl accident. *Radiation Hygiene*. 2011;4(2):82–86. (In Russian)
7. Krasnov V.N., Kryukov V.V., Emelianova I.N. et al. Long-term Evaluation of Mental Health in Chernobyl Liquidators. *Doctor.Ru. Neurology, Psychiatry*. 2016; 4 (121):44–48. (In Russian)
8. Burtovaja E.Ju., Akleev A.V. Results of the study of the late cognitive impairments in chronically exposed persons. *Tyumen Medical Journal*. 2017;19(3):32–39. (In Russian)
9. Burtovaia E.Y., Kantina T.E., Litvinchuk E.A. Long-Term Mental Disorders in the Accident-Exposed Population of the Southern Urals. *Medical Radiology and Radiation Safety*. 2020;65(4):22–28. DOI: 10.12737/1024-6177-2020-65-4-22-28 (In Russian).
10. Mini-mental State Examination, MMSE. Available at: <https://psychiatr.ru/download/4595?view=1&name=mmse.pdf>. (accessed 15 March 2024).
11. Mantrova I.N. Methodological guide to psychophysiological and psychological diagnostics. Ivanovo: OOO «Neurosoft». 2013:215. (In Russian)
12. Luriya A.R. Higher cortical functions in Man. St. Petersburg: publishing house «Piter»; 2018:768. (In Russian)
13. Efreмова D.N. Neuropsychological rehabilitation of cognitive functions of popular people during isolation on coronavirus infection. *Eurasian Union of Scientists (EUS)*. 2020;75(6):50–53. DOI: 10.31618/ESU.2413-9335.2020.3.75.841 (In Russian)
14. Shagaeva K.A., Shagaev A.S. Neuroplasticity Mechanisms and Prospects for Personalized Rehabilitation Strategies in Patients with Motor and Cognitive Impairments. *Bulletin of Rehabilitation Medicine*. 2021;20(5):37–46. <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2021-20-5-37-46>
15. Manevich T.M., Mkhitarany E.A. Non-pharmacological therapies of cognitive impairment. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2020;3:243–249. DOI: 10.37586/2686-8636-3-2020-243-24 (In Russian)
16. Parsons M.W., Dietrich J. Assessment and management of cognitive symptoms in patients with brain tumors. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*. 2021;41:90–e99. DOI: 10.1200/EDBK_320813
17. Wang Y., et al. A systematic review and network meta-analysis comparing various non-pharmacological treatments for older people with mild cognitive impairment. *Asian Journal of Psychiatry*. 2023;86:103635. DOI: 10.1016/j.ajp.2023.103635
18. Sala G., Gobet F. Cognitive training does not enhance general cognition. *Trends in cognitive sciences*. 2019;23(1):9–20. DOI: 10.1016/j.tics.2018.10.004
19. Novikova M.S., Zakharov V.V., Vakhnina N.V. Efficacy of a combination of non-drug therapies in patients with non-dementia vascular cognitive impairment. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(1):57–64. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-1-57-64
20. Baik J.S., Min J.H., Ko S.H., et al. Effects of Home-based computerized cognitive training in Community-Dwelling adults with mild cognitive impairment. *IEEE Journal of Translational Engineering in Health and Medicine*. 2023;12:97–105. DOI 10.1109/JTEHM.2023.3317189
21. Kindarova A.A., Fantalis D., Preobrazhenskaya I.S. Non-Drug Therapy of Cognitive Disorders: the Results of Our Own Research. *Effective pharmacotherapy*. 2022;18(5):12–20. DOI: 10.33978/2307-3586-2022-18-5-12-20



Петрова Н.Н.
Медицинский институт Санкт-Петербургского государственного университета,
Санкт-Петербург, Россия

Депрессия в структуре разных психических расстройств и когнитивные нарушения

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 07.10.2024

Принята: 21.11.2024

Контакты: petrova_nn@mail.ru

Резюме

Введение. В статье приведен обзор литературы, посвященной проблеме когнитивного функционирования пациентов с депрессией, и результаты собственного исследования.

Цель. Сравнительный анализ структуры депрессии и когнитивного функционирования у пациентов с разными психическими расстройствами.

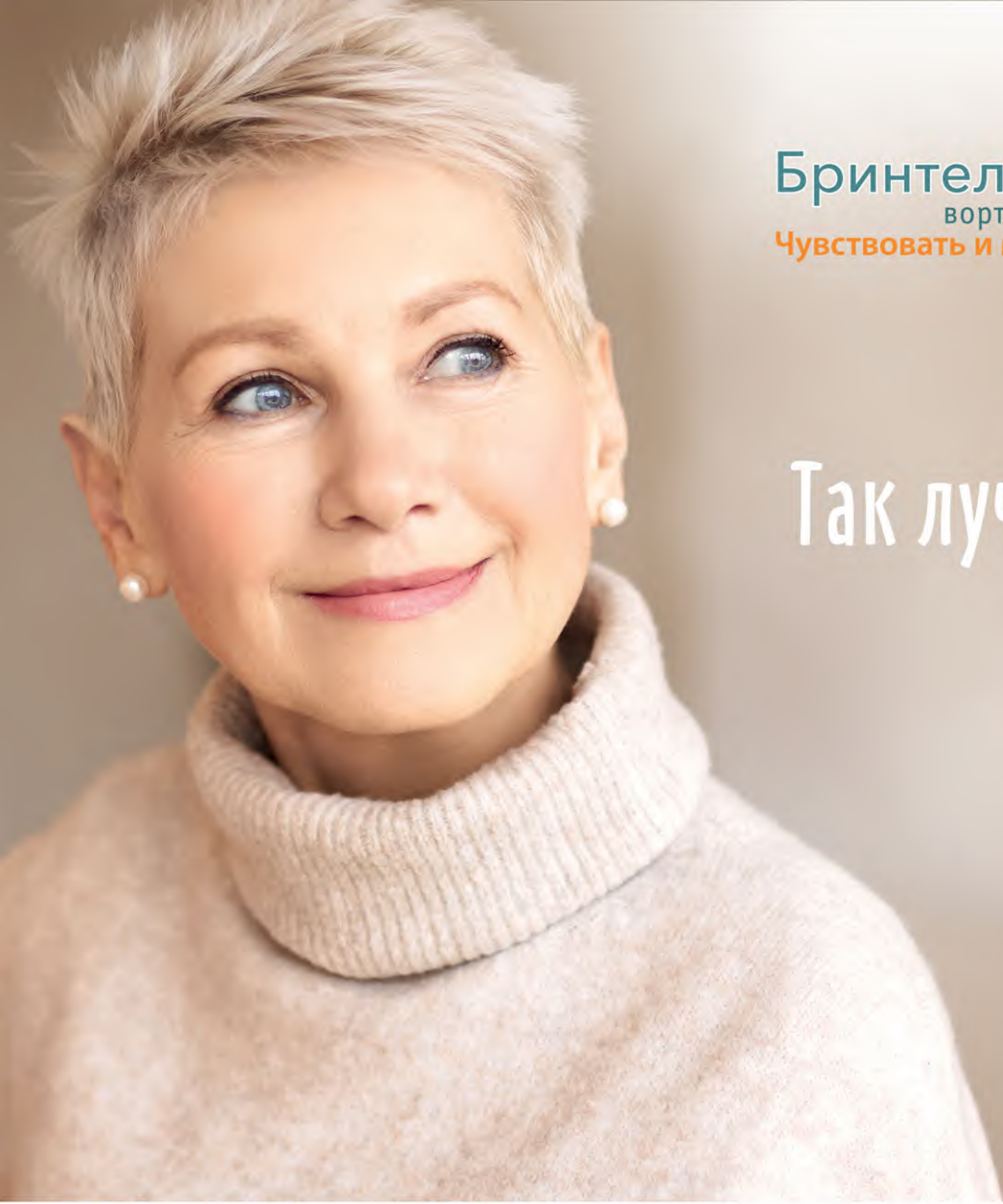
Материалы и методы. В исследование вошли 40 пациентов (25 женщин и 15 мужчин, возраст $29,8 \pm 10,6$ года) с депрессией, составивших 3 группы сравнения: пациенты с пограничным расстройством личности (ПРЛ), рекуррентной депрессией (РД) и биполярной депрессией (БД).

Методы исследования включали клинично-катamnестический метод, шкалу для оценки депрессии Гамильтона и шкалу краткой оценки когнитивных функций при аффективных расстройствах (BACS-A). В качестве нормативного выступило значение Т-баллов.

Результаты. Выявлены структурные особенности депрессии у пациентов с ПРЛ, БД и РД. Для пациентов с ПРЛ с депрессией характерна большая выраженность гипотимии, дереализации и деперсонализации. Пациенты с БД отличаются большей выраженностью чувства вины. Суицидальные тенденции достигают наибольшей выраженности при ПРЛ и наименьшей – при РД. Общей характеристикой когнитивного функционирования пациентов с БД, ПРЛ и РД является снижение «горячих» когнитивных функций. У пациентов с БД показатель беглости речи заметно лучше, чем у пациентов с ПРЛ и РД. Пациенты с РД и БД характеризуются сниженной скоростью моторных процессов, а пациенты с РД также отличаются в худшую сторону показателями внимания и скорости обработки информации.

Заключение. Особенности структуры депрессии и когнитивного профиля у пациентов с ПРЛ, РД и БД могут быть использованы для улучшения дифференциальной диагностики этих расстройств.

Ключевые слова: рекуррентная депрессия, биполярная депрессия, пограничное расстройство личности, когнитивные нарушения



Бринтелликс
вортиоксетин
Чувствовать и мыслить

Да.
Так лучше.

ЕДИНСТВЕННЫЙ АНТИДЕПРЕССАНТ С ПРОКОГНИТИВНЫМ ЭФФЕКТОМ¹



Пожалуйста, ознакомьтесь с полным текстом инструкции по медицинскому применению по ссылке <https://bit.ly/Brintpil> Лекарственный препарат Бринтелликс. Рег. уд. МЗ РБ №10312/15/16/17/20 от 02.07.2020. Гипотетический случай. Данные изображения носят иллюстративный характер и не означают, что модели страдают какими-либо заболеваниями либо перенесли медицинское вмешательство. Направить запрос о дополнительной информации, сообщить о нежелательном явлении или жалобе на качество лекарственного препарата можно по адресу: Представительство Товарищества с ограниченной ответственностью «Сона-Фарм Казахстан» (Республика Казахстан) в Республике Беларусь 220140, г. Минск, ул. Притыцкого, 79-8, офис 10, по тел. +375 17 336 77 89 либо e-mail: safety@sona-pharm.com BY-BRINT-25-140623

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ. ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ.
ИМЕЮТСЯ МЕДИЦИНСКИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НАЗНАЧАЮТ ТОЛЬКО ЕСЛИ ОЖИДАЕМАЯ ПОЛЬЗА ПРЕВЫШАЕТ ВОЗМОЖНЫЙ РИСК ДЛЯ ПЛОДА.

1. Baune (2018). The Int J of neuropsychopharmacology, 21(2), 97-107



Petrova N.

Medical Institute of St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

Depression in the Structure of Various Mental Disorders and Cognitive Impairment

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 07.10.2024

Accepted: 21.11.2024

Contacts: petrova_nn@mail.ru

Abstract

Introduction. The article presents a review of the literature devoted to the problem of cognitive functioning of patients with depression, and the results of our own study.

Purpose. A comparative analysis of the structure of depression and cognitive functioning in patients with different mental disorders.

Materials and methods. The study included 40 patients (25 women and 15 men, age 29.8 ± 10.6 years) with depression, who made up 3 comparison groups: patients with borderline personality disorder (BPD), recurrent depression (RD) and bipolar depression (BD).

The research methods included the clinical and follow-up method, the Hamilton Depression Scale and the Brief Assessment of Cognitive Functions in Affective Disorders (BAC-A) scale. The T-score value served as the normative value.

Results. Structural features of depression in patients with BPD, BD and RD have been identified. Patients with BPD with depression are characterized by a greater severity of hypothyria, derealization and depersonalization. Patients with BD are distinguished by a greater severity of guilt. Suicidal tendencies reach the greatest severity in BPD and the least in RD. A common characteristic of cognitive functioning of patients with BD, BPD and RD is a decrease in "hot" cognitions. In patients with BD, the speech fluency indicator is significantly better than in patients with BPD and RD. Patients with RD and BD are characterized by a reduced speed of motor processes, and patients with RD also differ for the worse in attention and information processing speed.

Conclusion. Features of the structure of depression and cognitive profile in patients with BPD, RD and BD can be used to improve the differential diagnosis of these disorders.

Keywords: recurrent depression, bipolar depression, borderline personality disorder, cognitive impairment

■ ВВЕДЕНИЕ

Когнитивные нарушения характерны для широкого круга психических расстройств и имеют общие биологические механизмы [1]. Механизм когнитивных нарушений может быть связан с полиморфизмом генов, структурными и функциональными нарушениями головного мозга, воспалительными и метаболическими факторами. Когнитивная дисфункция, сохраняющаяся в рамках симптоматической ремиссии депрессии, не только является фактором, негативно влияющим на прогноз

депрессивных расстройств, поскольку увеличивает риск рецидива депрессии и снижает восприимчивость к фармакотерапии, но и рассматривается как эндофенотип депрессии, дающий информацию о ее патофизиологии [2]. Стоит отметить, что в недавнем исследовании, проведенном с использованием методов ФМРТ, была выявлена измененная активация язычной и веретенообразной извилин у пациентов с депрессией, а функциональные корреляты МРТ-теста stroop N-Back подтверждают диагноз выраженной депрессии [3].

Когнитивные нарушения отнесены к симптомам депрессии в диагностических классификациях МКБ-10 [4] и DSM-5 [5]. Так, согласно DSM-5, такие когнитивные нарушения, как нарушения мышления, снижение концентрации внимания и ухудшение принятия решений, классифицируются в качестве основных симптомов депрессии [6]. Когнитивные нарушения негативно сказываются на качестве жизни, связаны с плохими функциональными показателями [7–9] и являются ключевым фактором, влияющим на восприятие инвалидности при рекуррентной депрессии (РД) [10, 11]. Когнитивная дисфункция, сохраняющаяся в период ремиссии депрессии, представляет собой барьер для функционального восстановления в таких областях, как профессиональная и повседневная деятельность, социальные отношения и качество жизни [12]. В период ремиссии наблюдается снижение функции внимания, усугубляющееся при работе с эмоциональной и нейтральной информацией [13]. Работоспособность пациентов в ремиссии депрессии зависит от нарушения концентрации внимания, уровня преодоления неэмоциональной интерференции. По нашим данным, абсентеизм связан с навыками планирования, а презентеизм – с навыками планирования, скоростью психических процессов. Установлено положительное влияние исполнительных (регуляторных) функций на трудоспособность пациентов с депрессией в ремиссии [14]. Отмечено, что субъективные и объективные когнитивные нарушения могут не улучшаться параллельно нивелированию депрессии [15, 16].

Когнитивные нарушения при монополярной депрессии. Когнитивные нарушения встречаются в большинстве (85–94%) случаев рекуррентного депрессивного расстройства [17] и характеризуются неоднородными нарушениями исполнительного функционирования, обучения и памяти [18–20], снижением когнитивной переоценки [21].

Полагают, что когнитивные нарушения при рекуррентной депрессии (РД) могут быть результатом прогрессирующих нейротоксических и нейровоспалительных процессов, а также уменьшения объема нейроанатомических областей, таких как гиппокамп, полосатое тело и лобно-поясная кора [22, 23].

Систематический обзор 52 исследований был посвящен когнитивному функционированию лиц с первым эпизодом большого депрессивного расстройства (БДР) в сравнении с контрольной группой и лицами с рецидивирующим БДР. Большинство исследований (n=22/32; 68,8%) показали, что пациенты с первым эпизодом депрессии показали значительно худшие результаты, чем контрольная группа, при этом скорость обработки данных (n=12) и исполнительная/рабочая память (n=11) были наиболее часто нарушаемыми доменами. Семь из 11 исследований (63,6%) показали, что пациенты с рекуррентной депрессией имеют значительно худшие результаты, чем пациенты с первым эпизодом депрессии, при этом наиболее часто нарушаемым доменом были вербальное обучение и память. Большинство исследований (n=7/10; 70%) не обнаружили значительной разницы в глобальном функционировании

между группами сравнения. В 3 из 4 лонгитюдных исследований, оценивающих когнитивные способности, использовались анализы подгрупп вместо прямой оценки когнитивных способностей у пациентов с первым эпизодом с течением времени. Два лонгитюдных исследования, оценивающих функциональную траекторию, показали, что функционирование значительно улучшилось с течением времени, возможно, из-за улучшения депрессивных симптомов. Таким образом, когнитивные нарушения присутствуют во время первого эпизода депрессии, и пациенты со множественными эпизодами демонстрируют более выраженные когнитивные нарушения, чем первичные пациенты [24].

Когнитивные нарушения при биполярной депрессии. Биполярное расстройство – одно из самых сложных психических заболеваний, которое оказывает негативное влияние на жизнь большинства пациентов: более 6% из них совершают самоубийства в течение 2 десятилетий после постановки диагноза [25]. Пациенты с биполярным расстройством страдают когнитивными нарушениями не только в острой фазе, но и в фазе ремиссии [26, 27], характеризующимися нарушением внимания, памяти и исполнительных функций [28].

У пациентов с биполярным расстройством отмечают нарушения внимания, памяти и исполнительных функций на стадии как приступа, так и ремиссии [29].

Есть данные, что при биполярной депрессии (БД) нейрокогнитивный дефицит присутствует практически во всех когнитивных областях, без различий между подтипами биполярного расстройства. Этот дефицит качественно схож с тем, который наблюдается при шизофрении, но менее выражен. Возможно, он представляет собой основную первичную характеристику болезни, а не является вторичным по отношению к настроению или приему лекарств, опосредуется стадией заболевания, индивидуальными особенностями пациентов (возраст, пол, образование и т. д.), текущей симптоматикой (особенно психотической) и ее лечением, сопутствующей психиатрической и соматической патологией, а также злоупотреблением алкоголем и/или психоактивными веществами [30].

В нашем исследовании 85 пациентов с БД I типа (64 пациента) и 21 пациента с БД II типа в стадии ремиссии (средний возраст $36,6 \pm 5,7$ года) с помощью краткого нейропсихологического когнитивного обследования (BNCE) когнитивные нарушения были выявлены у 43,5% пациентов. Частота и структура когнитивных нарушений у пациентов с БД I и II типов не различались. Пациенты с когнитивными нарушениями характеризовались снижением скорости мыслительных процессов, снижением рабочей памяти и дефицитом внимания. Была выявлена корреляция общего балла BNCE с возрастом пациентов, длительностью заболевания, общими баллами шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) и шкалы Янга для оценки мании (YMRS) [31].

Когнитивное функционирование лиц с пограничным расстройством личности. У лиц с пограничным расстройством личности (ПРЛ) выявляются нарушения внимания, вербальной памяти [32], скорости обработки информации [33]. Нарушение исполнительных функций рассматривается как эндофенотипический признак ПРЛ [34]. По нашим данным, когнитивные нарушения наблюдаются у 15% пациентов с ПРЛ с преобладанием нарушений рабочей и вербальной памяти, внимания, причем имеется прямой параллелизм между выраженностью когнитивных нарушений и ПРЛ. Следует отметить, что исследование проводилось у пациентов с ПРЛ на фоне становления ремиссии депрессии [35].

Особенности когнитивного функционирования пациентов с депрессией в структуре разных расстройств. Идет поиск особенностей когнитивного функционирования пациентов с депрессией в структуре разных расстройств. Так, исследование, направленное на дифференциальную диагностику униполярной и биполярной депрессии с использованием когнитивных переменных теста Роршаха на примере 141 пациента с депрессией (71 с биполярным расстройством, 70 с униполярным расстройством; средний возраст 46 лет, SD=15,8; 64% женщин), ранее обследованных и сопоставимых по клиническим характеристикам их заболевания (включая текущие симптомы депрессии), выявило, что когнитивный профиль пациентов с биполярной депрессией был более нарушенным, чем когнитивный профиль пациентов с униполярной депрессией. Объединение 4 когнитивных особенностей (толерантность к двусмысленности, неспособность к различению, трудности в контроле идейных импульсов и импульсивная или небрежная обработка) в модели логистической регрессии позволяет идентифицировать биполярность с приемлемой точностью [36].

Исследование различий в когнитивных профилях пациентов с БД, РД и циклотимической депрессией (DSM-5) (по 30 пациентов в каждой группе) установило отсутствие различий между циклотимической депрессией и биполярной депрессией, но Z-баллы в группе биполярной депрессии были значительно ниже, чем в группе униполярной депрессии (согласно THINC-intelligent tool (THINC-it)). По результатам висконсинского теста сортировки карточек (WCST) были обнаружены значительные различия между группами с биполярной депрессией и циклотимической депрессией в количестве ответов, заполненных категориях, переходах к заполненной первой категории, персеверативных ответах и персеверативных ошибках. Все показатели WCST в группе депрессии с биполярностью были значительно хуже, чем в группе униполярной депрессии, за исключением общего количества правильных ответов. По данным непрерывного теста производительности (СРТ), в худшую сторону отличались пациенты с биполярной депрессией и депрессией с биполярностью, причем существенной разницы между этими группами не обнаружено. Таким образом, когнитивный профиль пациентов с депрессией с биполярностью отличается от такового у пациентов с униполярной депрессией, но аналогичен пациентам с биполярной депрессией [37].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительный анализ структуры депрессии и когнитивного функционирования у пациентов с разными психическими расстройствами.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли 40 пациентов (25 женщин и 15 мужчин, средний возраст $29,8 \pm 10,6$ года) с депрессией в структуре ПРЛ, с РД и БД на этапе стабилизации состояния.

Критерии включения:

1. Возраст более 18 лет и менее 60 лет.
2. Наличие подтвержденного диагноза депрессии: РД (F33.0, F33.1, F33.2), биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод депрессии (F31.3, F31.4), ПРЛ с депрессивным синдромом (F60.31).
3. Уровень образования не ниже среднего.

Критерии исключения:

1. Употребление ПАВ.
2. Наличие органической психической патологии (F00-09).

Пациенты составили 3 группы сравнения. В первую группу вошли 12 пациенток с диагнозом ПРЛ с депрессивным синдромом в возрасте $23,1 \pm 3,1$ года. Возраст начала заболевания составлял $15,3 \pm 2,6$ года, давность заболевания – $7,3 \pm 3,8$ года, длительность текущего эпизода – $2,6 \pm 1,3$ мес. Вторая группа состояла из 16 пациентов с РД, в том числе 10 женщин и 6 мужчин, в возрасте $35,6 \pm 16,7$ года. Возраст начала заболевания составил $29,2 \pm 7,8$ года, давность заболевания – $6,5 \pm 3,2$ года, длительность текущего депрессивного эпизода – $3,4 \pm 1,5$ месяца. Третья группа включала 12 пациентов с БД, из которых 7 женщин и 5 мужчин в возрасте $29,6 \pm 12,8$ года. Возраст начала заболевания составил $19,5 \pm 3,2$ года, давность заболевания – $10,2 \pm 2,8$ года, длительность текущего эпизода – $3,4 \pm 1,5$ месяца.

Методы исследования включали клинико-катamnестический метод, метод шкальной оценки (шкала Гамильтона для оценки депрессии, шкала краткой оценки когнитивных функций при аффективных расстройствах The Brief Assessment of Cognition in Affective Disorders – BAC-A) [38].

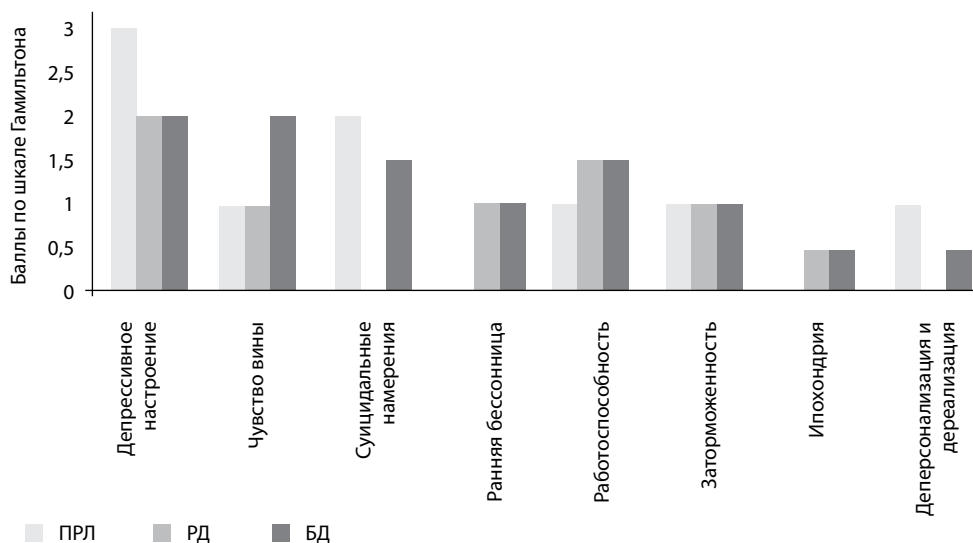
Статистическая обработка первичных данных включала среднее и стандартное отклонения, медиану и 25–75-й перцентили. Применялись критерий Краскела – Уоллиса, t-критерий Стьюдента, хи-квадрат Пирсона и критерий Фишера. Нулевая гипотеза отклонялась при вероятности ошибки первого рода менее 0,05. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 3.1.6.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

На момент проведения обследования во всех группах сравнения преобладали пациенты с легкой депрессией по шкале Гамильтона (68% пациентов с ПРЛ; 72% – с РД и 79% – с БД). Наибольшая выраженность депрессивных симптомов была выявлена у пациентов с БД ($12,8 \pm 4,2$ балла при ПРЛ; $13,5 \pm 4,6$ балла при РД и $15,5 \pm 5,6$ балла при БД по шкале Гамильтона; $p < 0,05$).

В группах сравнения гипотимия была наиболее выражена у пациентов с депрессией в структуре ПРЛ ($p < 0,05$). Для пациентов с ПРЛ также характерны суицидальные намерения, которые заметно в меньшей степени прослеживались у пациентов с БД. У пациентов с РД суицидальные намерения не были обнаружены. Если у пациентов с РД и БД имели место ранние пробуждения и ипохондрические переживания, то пациентам с ПРЛ они были не свойственны. В структуре депрессивных переживаний у пациентов с БД доминировало чувство вины. Явления дереализации и деперсонализации присутствовали в структуре депрессии при ПРЛ, в то время как у пациентов с БД выраженность этих симптомов в структуре депрессии была незначительной, а у пациентов с РД они не наблюдались. Уровень психомоторной заторможенности в группах сравнения не различался (см. рисунок).

Результаты исследования когнитивных функций, приведенные в таблице, свидетельствуют, что у пациентов в группах сравнения имеются различия по показателю ассоциативной беглости (F-критерий Фишера), притом что они не выходят за пределы нормативных значений. Для всех пациентов характерно снижение показателей тестов аффективной интерференции (эмоциональная отвлекаемость и эмоциональная память). Кроме этого, у пациентов с РД и БД выявляются нарушения при



Сравнительная характеристика структуры депрессии у пациентов в группах сравнения
Comparative characteristics of the structure of depression in patients in comparison groups

выполнении заданий двигательного теста (скорость моторных процессов), а у пациентов с РД также обнаружено снижение результатов теста шифровки. Наиболее высоким был суммарный балл по шкале ВАС-А у пациентов с БД, а наиболее низким – у пациентов с РД (48,8 и 43,5 балла соответственно, $p < 0,05$). Пациенты с ПРЛ занимали промежуточное положение – 45,5 балла.

Характеристика когнитивных функций у пациентов с депрессией в группах сравнения
Characteristics of cognitive functions in patients with depression in comparison groups

Показатель ВАС-А	Диагноз	М±SD/Me, баллы	95% ДИ / Q ₁ –Q ₃	Достоверность различий, p
Заучивание списка слов (вербальная память)	ПРЛ	43,7±8,4	38,3–49,0	0,933
	РД	44,6±9,9	37,5–51,7	
	БД	42,8±13,7	31,3–54,2	
Последовательность чисел (рабочая память)	ПРЛ	55,1±10,7	48,3–61,9	0,909
	РД	55,5±15,0	44,8–66,2	
	БД	58,0±20,7	40,7–75,3	
Двигательный тест с фишками	ПРЛ	43,6±6,1	39,7–47,4	0,462
	РД	37,5±6,2	35,1–43,9	
	БД	39,1±10,8	33,1–51,2	
Шифровка (кодирование символов)	ПРЛ	41,0	41,0–46,2	0,490
	РД	39,5	41,2–49,5	
	БД	47,5	33,8–52,8	
Ассоциативная беглость	ПРЛ	49,2±5,5	45,7–52,7	0,014* p _{БД-РД} =0,013
	РД	46,6±8,0	40,9–52,3	
	БД	58,0±10,4	49,3–66,7	

Окончание таблицы

Башня Лондона (проблемно-решающее поведение)	ПРЛ	49,2±13,1	40,9–57,6	0,673
	РД	43,3±18,4	30,1–56,5	
	БД	50,0±23,6	30,3–69,7	
Тест аффективной интерференции – эмоциональные слова	ПРЛ	45,7±6,8	41,3–50,0	0,361
	РД	38,2±10,0	34,1–48,3	
	БД	46,9±10,5	38,1–55,6	
Тест аффективной интерференции – нейтральные слова	ПРЛ	44,6±9,3	38,7–50,5	0,513
	РД	38,5±8,9	32,1–46,9	
	БД	45,5±12,1	35,4–55,6	
Тест аффективной интерференции – эмоциональные слова, кратковременная память	ПРЛ	42,0±7,7	37,1–46,9	0,277
	РД	36,8±9,3	30,2–43,4	
	БД	40,8±9,4	34,9–50,6	
Тест аффективной интерференции – нейтральные слова, кратковременная память	ПРЛ	39,8±9,6	36,7–48,8	0,283
	РД	37,3±9,2	30,7–43,9	
	БД	41,4±8,1	36,6–50,2	
Тест аффективной интерференции – эмоциональные слова, отсроченное воспроизведение	ПРЛ	39,8±6,9	35,4–44,1	0,675
	РД	37,0±12,0	28,4–45,6	
	БД	38,1±11,7	31,4–50,9	
Тест аффективной интерференции – нейтральные слова, отсроченное воспроизведение	ПРЛ	39,7±6,9	35,3–44,0	0,630
	РД	36,5±12,1	27,8–45,2	
	БД	39,7±12,1	30,9–51,1	
Тест подавления эмоций – символы, цветной шрифт	ПРЛ	46,3±5,9	42,6–50,1	0,800
	РД	45,9±10,3	38,5–53,3	
	БД	48,5±10,0	40,2–56,8	
Тест подавления эмоций – нейтральные слова, цветной шрифт	ПРЛ	45,9±7,8	40,9–50,9	0,650
	РД	44,2±10,8	36,4–52,0	
	БД	48,9±13,6	37,5–60,2	
Тест подавления эмоций – эмоциональные слова, цветной шрифт	ПРЛ	37,3±7,0	34,9–48,8	0,874
	РД	39,4±12,0	34,8–52,0	
	БД	39,9±13,0	35,1–56,9	
Тест подавления эмоций – нейтральные слова, черно-белый шрифт	ПРЛ	47,5	44,8–50,2	0,599
	РД	49,5	40,0–55,5	
	БД	56,5	44,0–62,8	
Т суммарный	ПРЛ	45,5±10,6	38,8–52,2	0,748
	РД	42,5±13,5	33,9–53,1	
	БД	48,8±20,0	32,0–65,5	

Примечание: * различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$); нормативное значение Т-баллов ≥ 40 .

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагностические критерии РД и БД, ПРЛ в значительной степени пересекаются, что затрудняет их своевременное выявление и адекватную терапию [39–42]. Результаты исследования свидетельствуют о наличии определенных различий структуры депрессии у пациентов с ПРЛ, БД и РД.

Согласно полученным данным, общей характеристикой когнитивного функционирования обследованных пациентов является снижение «горячих» когниций. Роль эмоциональной дисрегуляции («горячие» когниции) оценивается в задачах на

аффективную интерференцию и подавление эмоций [43]. Их нарушение отражает нарушение обработки эмоционально окрашенной информации, чрезмерную сосредоточенность на внутренних ощущениях, увеличение реакции на отрицательную обратную связь, усиление восприятия и запоминания негативных стимулов [44]. У пациентов с БД показатели беглости речи заметно лучше, чем у пациентов с ПРЛ и РД. Пациенты с РД и БД характеризуются сниженной скоростью моторных процессов, а пациенты с РД отличаются в худшую сторону показателями внимания и скорости обработки информации.

Таким образом, выявлены особенности структуры депрессии и когнитивного профиля у пациентов с ПРЛ, РД и БД, что может способствовать повышению эффективности дифференциальной диагностики этих расстройств.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Wang Y, Meng W, Liu Z, An Q, Hu X. Cognitive impairment in psychiatric diseases: Biomarkers of diagnosis, treatment, and prevention. *Front Cell Neurosci.* 2022 Nov 2;16:1046692. doi: 10.3389/fncel.2022.1046692
2. Czerwińska A, Pawłowski T. Cognitive dysfunctions in depression – significance, description and treatment prospects. *Psychiatr. Pol.* 2020;54(3):453–466. Available at: www.psychiatriapolska.pl. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/105415
3. Simeonova D, Paunova R, Stoyanova K, et al. Functional MRI correlates of stroop N-Back test underpin the diagnosis of major depression. *J Integr Neurosci.* 2022;21(4):113. doi: 10.31083/jjin2104113
4. Organization WH ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision. 1994.
5. Association AP Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013.
6. Sekhon S, Marwaha R. Depressive Cognitive Disorders. Updated 2023 Jul 3. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559256/>
7. Knight MJ, Air T, Baune BT. The role of cognitive impairment in psychosocial functioning in remitted depression. *J Affect Disord.* 2018;235:129–34.
8. Koenig AM, Bhalla RK, Butters MA. Cognitive functioning and late-life depression. *J Int Neuropsychol Soc Jins.* 2014;20:461.
9. Knight MJ, Lyrtzis E, Baune BT. The association of cognitive deficits with mental and physical Quality of Life in Major Depressive Disorder. *Compr Psychiatry.* 2020;97:152147.
10. Naismith SL, Longley WA, Scott EM, Hickie IB. Disability in major depression related to self-rated and objectively-measured cognitive deficits: a preliminary study. *BMC Psychiatry.* 2007;7:32.
11. Lam RW, Kennedy SH, McIntyre RS, Khullar A. Cognitive dysfunction in major depressive disorder: effects on psychosocial functioning and implications for treatment. *Can J Psychiatry.* 2014;59:649–5.
12. Petrova N.N. New targets for treatment of depression. *Journal of Neurology and Psychiatry named after. S.S. Korsakov.* 2022;122(11):57–61. doi: 10.17116/jnevro202212211157. (in Russian)
13. Gvozdetzky AN, Petrova NN, Akulin IM. Influence of residual symptoms on cognitive functions of patients with recurrent depression in remission. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2020;2(107):26–33. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-2\(107\)-26-33](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-2(107)-26-33). (in Russian)
14. Gvozdetzky AN, Petrova NN, Akulin IM. Influence of clinical and demographic characteristics and cognitive functions on working capacity in remission of recurrent depression. *Medical News of North Caucasus.* 2021;16(3):281–284. doi: 10.14300/mnnc.2021.16066. (in Russian)
15. Lahr D, Beblo T, Hartje W. Cognitive performance and subjective complaints before and after remission of major depression. *Cogn Neuropsychiatry.* 2007 Jan;12(1):25–45. doi: 10.1080/13546800600714791
16. Hasselbalch BJ, Knorr U, Kessing LV. Cognitive impairment in the remitted state of unipolar depressive disorder: a systematic review. *J Affect Disord.* 2011 Nov;134(1–3):20–31. doi: 10.1016/j.jad.2010.11.011
17. Conradi HJ, Ormel J, De Jonge P. Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study. *Psychol Med.* 2011;41:1165.
18. Roiser JP, Elliott R, Sahakian BJ. Cognitive Mechanisms of Treatment in Depression. *Neuropsychopharmacology.* 2012;37:117–36.
19. Marazziti D, Consoli G, Picchetti M, et al. Cognitive impairment in major depression. *Eur J Pharm.* 2010;626:83–86.
20. Zaremba D, Schulze Kalthoff I, Förster K, et al. The effects of processing speed on memory impairment in patients with major depressive disorder. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry.* 2019;92:494–500.
21. Quinn ME, Joermann J. Executive control under stress: Relation to reappraisal ability and depressive symptoms. *Behav Res Ther.* 2020;131:103634.
22. Carvalho FA, Miskowiak KK, Hyphantis NT, Kohler AC, Alves SG, Bortolato B., et al. Cognitive dysfunction in depression-pathophysiology and novel targets. *CNS Neurol Disord Targets (Formerly Curr Drug Targets-CNS Neurol Disord).* 2014;13:1819–35.
23. Sapolsky RM. The possibility of neurotoxicity in the hippocampus in major depression: a primer on neuron death. *Biol Psychiatry.* 2000;48:755–65.
24. Varghese S, Frey BN, Schneider MA, Kapczinski F, de Azevedo Cardoso T. Functional and cognitive impairment in the first episode of depression: A systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2022 Feb;145(2):156–185. doi: 10.1111/acps.13385
25. Anderson IM, Haddad PM, Scott J. Bipolar disorder. *BMJ.* 2012;345:e8508. doi: 10.1136/bmj.e85082
26. Cipriani G, Danti S, Carlesi C, Cammisuli DM, Di Florino M. Bipolar disorder and cognitive dysfunction. *J Nerv Ment Dis.* 2017;205(10):743–756. doi: 10.1097/NMD.00000000000007203
27. Sadana D, Gupta RK, Jain S, et al. Neurocognitive profile of patients with Bipolar Affective Disorder in the euthymic phase. *Asian J Psychiatry.* 2019;44:121–126. doi: 10.1016/j.ajp.2019.07.0374
28. Cullen B, Ward J, Graham NA, et al. Prevalence and correlates of cognitive impairment in euthymic adults with bipolar disorder: a systematic review. *J Affect Disorders.* 2016;205:165–181. doi: 10.1016/j.jad.2016.06.0635

29. Huang Y, Zhang Z, Lin S, Zhou H, Xu G. Cognitive Impairment Mechanism in Patients with Bipolar Disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2023 Feb 10;19:361–366. doi: 10.2147/NDT.S396424
30. Tsitsipa, E, Fountoulakis, K.N. The neurocognitive functioning in bipolar disorder: a systematic review of data. *Ann Gen Psychiatry*. 2015;14(42). doi: 10.1186/s12991-015-0081-z
31. Chumakov EM, Petrova NN, Limankin OV, Ashenbrenner YuV. Cognitive impairment in remitted patients with bipolar disorder. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2021;121(4):12–18. doi: 10.17116/jneuro20211210412. (in Russian)
32. Kaplan B, Yazici Gulec M, Gica S, Gulec H. The association between neurocognitive functioning and clinical features of borderline personality disorder. *Braz J Psychiatry*. 2020 Sep-Oct;42(5):503–509. doi: 10.1590/1516-4446-2019-0752
33. Thomsen MS, Ruocco AC, Carcone D, Mathiesen BB, Simonsen E. Neurocognitive Deficits in Borderline Personality Disorder: Associations With Childhood Trauma and Dimensions of Personality Psychopathology. *J Pers Disord*. 2017 Aug;31(4):503–521. doi: 10.1521/pedi_2016_30_265
34. Ruocco AC. The neuropsychology of borderline personality disorder: a meta-analysis and review. *Psychiatry Res*. 2005 Dec 15;137(3):191–202. doi: 10.1016/j.psychres.2005.07.004
35. Petrova N.N., Charnaia D.I., Chumakov E.M., Azarova L.A. Cognitive Profile of Patients with Borderline Personality Disorder. *Psikhiatriya*. 2024;22(3):6–13. doi: 10.30629/2618-6667-2024-22-3-6-13. (in Russian)
36. Le Chevanton T, Fouques D, Julien-Sweerts S, Petot D, Polosan M. Differentiating unipolar and bipolar depression: Contribution of the Rorschach test (Comprehensive System). *J Clin Psychol*. 2020 Apr;76(4):769–777. doi: 10.1002/jclp.22912
37. Lu Z, Wang Y, Xun G. Neurocognition Function of Patients With Bipolar Depression, Unipolar Depression, and Depression With Bipolarity. *Front Psychiatry*. 2021 Jul 28;12:696903. doi: 10.3389/fpsy.2021.696903
38. Yanushko M.G., Shamanina M.V., Aristova T.A., et al. Standardization of the Brief Assessment of Cognitive Functions in Patients with Affective Disorders (BAC-A) scale based on normative data from the Russian population. *Russian Psychiatric Journal*. 2015;2:68–75. (in Russian)
39. Petrova N.N., Charnaya D.I., Chumakov E.M. Borderline Personality Disorder: Diagnosis. *Doctor.Ru*. 2022; 21(8): 66–71. doi: 10.31550/1727-2378-2022-21-8-66-71. (in Russian)
40. Bayes, A., Parker, G., Paris, J. Differential Diagnosis of Bipolar II Disorder and Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(125). doi: 10.1007/s11920-019-1120-2
41. Nierenberg AA, Agustini B, Köhler-Forsberg O, Cusin C, Katz D, Sylvia LG, Peters A, Berk M. Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorder: A Review. *JAMA*. 2023 Oct 10;330(14):1370–1380. doi: 10.1001/jama.2023.18588
42. O'Donovan C, Alda M. Depression Preceding Diagnosis of Bipolar Disorder. *Front Psychiatry*. 2020 Jun 11;11:500. PMID: 32595530; PMCID: PMC7300293. doi: 10.3389/fpsy.2020.00500
43. Roiser J.P., Sahakian B.J. Hot and cold cognition in depression. *CNS Spectrums*. 2013;18(3):139–149.
44. Pan Z, Park C, Brietzke E, et al. Cognitive impairment in major depressive disorder. *CNS Spectr*. 2019 Feb;24(1):22–29. Epub 2018 Nov 23. PMID: 30468135. doi: 10.1017/S1092852918001207



Гур А.О.
Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Минск, Беларусь

Объективизация психопатологии: необходимость валидных оценок в динамике психотических расстройств. Обзор литературы

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 14.10.2024
Принята: 21.11.2024
Контакты: artemgur@gmail.com

Резюме

Процесс принятия клинических решений требует тщательной и систематической оценки типа, частоты и выраженности психопатологических симптомов, а также оценки влияния этих симптомов на повседневное функционирование и качество жизни пациента. Отсутствие биомаркеров в психиатрии создает необходимость в валидной и надежной оценке психопатологии при различных психических расстройствах, которая проста в использовании, объединяет научные исследования и клиническую помощь и учитывает точки зрения как врача, так и пациента. Цель данного обзора заключается в том, чтобы обратить внимание отечественных врачей-психиатров на важность и необходимость более широкого и активного использования психометрических инструментов в своей повседневной практике.

Ключевые слова: количественная оценка, шкалы, психиатрия, объективность в исследованиях, психометрический подход

Hur A.
Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Minsk, Belarus

Objectification of Psychopathology: the Need for Valid Assessments in the Dynamics of Psychotic Disorders

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 14.10.2024
Accepted: 21.11.2024
Contacts: artemgur@gmail.com

Abstract

The process of making clinical decisions requires a thorough and systematic assessment of the type, frequency and severity of psychopathological symptoms, as well as evaluation of the impact of these symptoms on the patient's daily functioning and quality of life.

The absence of biomarkers in psychiatry creates a need for a valid and reliable assessment of psychopathology across various mental disorders, which should be easy to use, combines scientific research with clinical care, while taking into account both the doctor's and the patient's perspectives. The purpose of this review is to draw the attention of domestic psychiatrists to the importance and necessity of wider and more active use of psychometric tools in their daily clinical practice.

Keywords: quantitative assessment, scales, psychiatry, objectivity in psychiatric research, psychometric approach

Познание феномена болезни в психиатрии начинается с обнаружения всех имеющих у пациента признаков, а не только психопатологических. После их анализа, систематизации, изучения динамики и формирования диагностических гипотез планируется объем дальнейшего обследования, применение методов которого позволяет уточнить выявленные ранее признаки и/или обнаружить новые, скрытые. Сложность исследуемых в психиатрии феноменов и специфика клинического метода, когда и регистрация, и квалификация расстройств определяются в основном субъективным опытом и концепциями клинициста, представляют большие трудности на пути создания объективной системы изложения психиатрических данных. Эти трудности возрастают еще и в связи с неизбежным разнообразием взглядов не только на природу и качественные характеристики целостных нозологических единиц, но и на понятия отдельных симптомов [1].

Диагностика и лечение психических расстройств неразрывно связаны с юридическими, социальными и этическими вопросами, что, в свою очередь, требует высокой степени доверия к диагностическим и терапевтическим методам не только среди специалистов в области оказания психиатрической помощи, но и в обществе в целом. В повседневной практике психиатрия остро нуждается в инструментах, которые бы минимизировали субъективность при оценке психопатологических симптомов. В отличие от психиатрии, в других областях медицины для этого используются лабораторные методы и методы медицинской визуализации: электрокардиография для кардиологических заболеваний или рентгенологическое исследование для выявления структурных изменений костей и т. д. Достоверность подобных методов не встречает в настоящее время сомнений в общественном мнении, поэтому большинство пациентов доверяют поставленному диагнозу и соглашаются с объективной необходимостью назначаемого врачом лечения.

В большинстве же психических заболеваний отсутствуют какие-либо характерные изменения при стандартных клинических и лабораторно-инструментальных исследованиях. Современная диагностика психотических расстройств базируется на клинически выявляемых признаках, т. е. психопатологических симптомах и синдромах. Несмотря на то что в настоящее время многое известно об этиологии и патогенезе психозов, до сих пор невозможно соотнести биологические данные (генетические, биохимические, нейровизуализационные и др.) с конкретными проявлениями болезни в каждом конкретном случае [2]. В этих условиях одним из способов объективизации степени выраженности психопатологических симптомов является использование стандартизированных психометрических шкал.

Цель использования количественных показателей заключается не в установлении диагноза. При оценке пациента с возможным психотическим расстройством количественные показатели могут быть применены для выявления и определения тяжести психоза и сопутствующих симптомов. Используемый психометрический инструмент может помочь в построении плана лечения, обеспечивая структурированный способ фиксации доминирующих психопатологических симптомов в конкретный момент времени. Также оценка психопатологической симптоматики с учетом таких факторов, как частота возникновения, выраженность, потенциал прогрессирования и т. д., позволяет вычлнить доминирующие симптомы, воздействие на которые и будет являться целью лечения. В процессе лечения использование количественных показателей позволяет более точно отследить, оказывает ли терапия желаемый эффект или необходимо изменить план лечения.

Без последовательного количественного измерения сравнение тяжести текущих и прошлых эпизодов, уровня функционирования и доминирующих симптомов достаточно проблематично как для врача, так и для пациента. Когда у пациентов наблюдаются значительные улучшения симптомов и функционирования, можно легко сосредоточиться на этих улучшениях и не заметить остаточные симптомы или побочные эффекты лечения, которые способствуют сохранению нарушений или снижению качества жизни. Таким образом, постоянное использование количественных оценок может содействовать выявлению остаточных симптомов или нарушений и раннему обнаружению рецидивов заболевания.

Необходимость объективизации клинических симптомов и синдромов привела к существенному пересмотру представлений в психиатрической диагностике. Особую актуальность она приобрела в последние годы ввиду появления современных многофакторных дименсиональных моделей, когда каждый психопатологический конструкт требует наличия соответствующего измерительного инструмента.

Систематический обзор исследований по дименсиональной структуре психозов показал, что количество дименсий, или групп симптомов, которые чаще всего встречаются совместно, варьируется от 2 до 11, но чаще всего выделяются 4 (позитивная, негативная, аффективная и дезорганизация) или 5 дименсий с учетом разделения аффективных симптомов на депрессивные и маниакальные [3].

В основе МКБ-11 [4] лежит принцип количественной оценки различных психопатологических доменов (позитивные, негативные, депрессивные, маниакальные, психомоторные и когнитивные симптомы), течения заболевания и ремиссии. При этом выделяются 3 степени тяжести: легкая, умеренная и тяжелая. Под каждую степень существует определенный набор признаков.

В DSM-5 [5] выделено 8 клинических дименсий (галлюцинации, бредовые идеи, дезорганизация речи, патологическое психомоторное поведение, негативные симптомы, когнитивное снижение, депрессия, мания), включая 5 диагностических критериев кластера «А» для шизофрении, а также депрессию, манию и снижение когнитивных функций. Каждый из этих симптомов можно оценить по его степени тяжести в текущий момент от 0 («не выражен») до 4 («выражен в тяжелой степени»).

К основным недостаткам дименсионального подхода, которые не позволили ему вытеснить категориальную модель психозов, были отнесены его ограничения, отсутствие согласованного мнения в отношении количества и природы дименсий и недостаток точных измерительных шкал для оценки тяжести симптомов,

а также громоздкость и сложность их использования в клинической практике [6]. Хотя это не привело к значительной смене парадигмы в концептуализации расстройств шизофренического спектра, движение в сторону дименсионального подхода и выделение различных психопатологических доменов и вариантов течения с установлением выраженности симптоматики должны не только способствовать более целостной и комплексной оценке состояния пациентов с последующей разработкой индивидуализированного плана лечения, но и помочь в понимании природы этих нарушений [7].

В последнее десятилетие эволюция психометрики заключалась не столько в создании новых шкал, сколько в совершенствовании подходов к использованию старых, хорошо зарекомендовавших себя инструментов. Эти рейтинговые шкалы чаще всего специализируются на подмножестве симптомов конкретных расстройств [8], как Шкала для оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS) для шизофрении [9] или Шкала оценки депрессии Монтомери – Асберга (MADRS) [10]. Они также используются в качестве первичных показателей результатов в клинических испытаниях [11].

Систематическое применение психометрических инструментов в лечении психических расстройств позволяет психиатрам получать объективные данные об эффективности назначенного курса терапии, обратную связь о том, работает выбранная терапия или нет [11], – подход, известный как «лечение, основанное на измерениях» (measurement-based care, МВС), который, как было доказано, приводит к улучшению результатов лечения [12, 13]. Холистический, неизмерительный подход к оценке состояния пациента может привести к упущению ряда важных симптомов и аспектов, таких как суицидальность, влияние симптомов на повседневное функционирование, скрытые соматические симптомы психических расстройств, а также нежелательные явления фармакотерапии. В рандомизированном исследовании на протяжении 24 недель T. Guo с соавт., сравнив группу пациентов МВС (решения, основанные на рейтинговой шкале) и группу стандартного лечения (решения с выбором клиницистов), обнаружили, что пациенты, которые находились в группе МВС, достигли лучшего ответа (86,9%) и большей ремиссии (73,8%) по сравнению со стандартной группой лечения (62,7% ответа, 28,8% ремиссии) [14]. Из-за отсутствия валидных, надежных и легкодоступных биологических маркеров и измеримых мишеней для психических расстройств психопатологическая оценка симптомов и сравнение их в динамике в первую очередь осуществляются с помощью стандартизированных и проверенных рейтинговых шкал [15].

Несмотря на долгую историю существования этих инструментов, в настоящее время шкалы хорошо известны для исследователей-психиатров, в то время как среди практикующих врачей не получили широкого распространения. Согласно опросу, проведенному в Великобритании с участием 314 психиатров, более 80% клиницистов не регулярно используют рейтинговые шкалы для мониторинга результатов при лечении депрессии [16]. Наиболее распространенные причины отказа от использования психометрических инструментов в повседневной работе врача-психиатра включают ограниченное время на прием пациента, отсутствие надлежащей подготовки для использования и последующей интерпретации, а также убеждение в том, что шкалы, специфичные для расстройств, не являются ни клинически полезными, ни практичными в условиях интенсивной клинической работы [17]. Действительно,

перечень трансдиагностических психометрических инструментов (инструментов, подходящих для пациентов с различными психиатрическими диагнозами) для измерения психопатологии все еще ограничен [15], хотя растет интерес к применению простых в использовании трансдиагностических психометрических инструментов в повседневных клинических условиях для оценки динамики расстройства, а также изменений в тяжести и составе симптомов [11, 18].

Практические рекомендации Американской психиатрической ассоциации (по психиатрическому обследованию взрослых, 3-е издание) содержат описание использования количественных показателей и предлагают, чтобы первичное психиатрическое обследование пациента с возможным психотическим расстройством включало количественные показатели для выявления и определения тяжести симптомов и нарушений функционирования [19].

Проведение таких обследований в рамках первичного психиатрического исследования повышает точность постановки диагноза, правильность выбора лечения и долгосрочную оценку симптомов пациента, а также способствует более точному определению ремиссии.

Соответственно, появляется задача в активном внедрении и более широком использовании надежных и валидных психометрических инструментов (рейтинговых шкал, тестов, опросников), позволяющих более точно определять ключевые симптомы у конкретного пациента, устанавливать выраженность имеющейся психопатологической симптоматики, оценивать ответ на лечение, обозначать нежелательные явления фармакотерапии, производить мониторинг психического состояния.

Очевидно, что неотъемлемой частью современной психиатрии являются стандартизированные оценочные шкалы – единственный инструмент в объективизации клинко-психопатологических данных. Действительно, без их использования уже невозможно представить как научную, так и практическую психиатрию.

С учетом вышесказанного актуальной и перспективной в настоящее время является разработка психометрических инструментов, их клиническая адаптация для нашей популяции с последующим использованием в научных центрах и учреждениях здравоохранения Республики Беларусь.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Tiganov A.S, Snezhnevsky A.V., Orlovskaya D.D., et al. (1999) *Handbook of Psychiatry*. Vol. 1. Moscow: Meditsina. (In Russian)
2. Gaebel W., Zielasek J. Focus on psychosis. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(1):9–18. DOI: 10.31887/dcms.2015.17.1/wgaebel
3. Potuzak M., Ravichandran C., Lewandowski K.E., et al. Categorical vs dimensional classifications of psychotic disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 2012;53(8):1118–1129. DOI: 10.1016/j.comppsy.2012.04.010
4. World Health Organization. (2019) *ICD-11 for mortality and morbidity statistics (ICD-11) 2018 version*. Geneva: WHO. <https://icd.who.int/ru>
5. American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
6. Gaebel W. (2011) *Schizophrenia: Current science and clinical practice*. New York: Wiley-Blackwell.
7. Pavlichenko A.V., Kulygina M.A., Kostyuk G.P. Schizophrenia and other psychotic disorders in ICD-11 and DSM-5: evolution of the concepts and current status. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2020;120(6–2):5–12. (In Russian)
8. Möller H.J. Standardized rating scales in Psychiatry: methodological basis, their possibilities and limitations and descriptions of important rating scales. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2009;10(1):6–26. DOI: 10.1080/15622970802264606
9. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 1987;13(2):261–276. DOI: 10.1093/schbul/13.2.261
10. Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134:382–389. DOI: 10.1192/bjp.134.4
11. Dunlop B.W., Gray J., Rapaport M.H. Transdiagnostic clinical global impression scoring for routine clinical settings. *Behavioral sciences*. 2017;7(3):40. DOI: 10.3390/bs7030040

12. Bauer M., Pfennig A., Linden M., et al. Efficacy of an algorithm-guided treatment compared with treatment as usual: a randomized, controlled study of inpatients with depression. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2009;29(4):327–333. DOI: 10.1097/JCP.0b013e3181ac4839
13. Scott K., Lewis C.C. Using Measurement-Based Care to Enhance Any Treatment. *Cogn Behav Pract*. 2015;22(1):49–59. DOI: 10.1016/j.cbpra.2014.01.010
14. Guo T., Xiang Y.T., Xiao L., et al. Measurement-Based Care Versus Standard Care for Major Depression: A Randomized Controlled Trial With Blind Raters. *American Journal of Psychiatry*. 2015;172(10):1004–1013. DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.14050652
15. Hofmann A.B., Schmid H.M., Jabat M., et al. Utility and validity of the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) as a transdiagnostic scale. *Psychiatry Research*. 2022;314:114659. DOI: 10.1016/j.psychres.2022.114659
16. Zimmerman M., McGlinchey J.B. Why don't psychiatrists use scales to measure outcome when treating depressed patients? *The Journal of clinical psychiatry*. 2008;69(12):1916–1919. DOI: 10.4088/jcp.v69n1209
17. Hatfield D.R., Ogles B.M. Why some clinicians use outcome measures and others do not. *Administration and policy in mental health*. 2007;34(3):283–291. DOI: 10.1007/s10488-006-0110-y
18. Stanton K., McDonnell C.G., Hayden E.P., Watson D. Transdiagnostic approaches to psychopathology measurement: Recommendations for measure selection, data analysis, and participant recruitment. *Journal of abnormal psychology*. 2020;129(1):21–28. DOI: 10.1037/abn0000464
19. The American Psychiatric Association. (2021) *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Third edition*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.



Ноздрачев Д.И., Крюков В.В. ✉, Краснов В.Н.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал
Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и
наркологии имени В.П. Сербского, Москва, Россия

Окулографические исследования в клинике аффективных расстройств: обзор литературы. Сообщение 2: биполярное аффективное расстройство*

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция, дизайн исследования, сбор материала, написание текста и его обработка – Ноздрачев Д.И.; концепция и дизайн исследования, редактирование, обработка, написание текста – Крюков В.В.; концепция и дизайн исследования, редактирование текста – Краснов В.Н.

Финансирование: исследование выполнено в рамках Государственного задания «Разработка клинических инструментов и алгоритмов для поддержки принятия решений при диагностике, терапии и реабилитации пациентов с неспихотическими депрессивными расстройствами». Рег. номер 124020800064-9.

Подана: 16.09.2024

Принята: 11.11.2024

Контакты: vkrjukov@yandex.ru

Резюме

Введение. Вторая часть литературного обзора посвящена особенностям нарушений глазодвигательных реакций при биполярном расстройстве. Различные виды движений глаз: фиксации, саккады, следящие движения – интегративно отражают как когнитивные процессы, так и процессы эмоциональной регуляции и обработки субъективно значимой информации. Окулографические исследования в клинике биполярных расстройств позволяют решить ряд научных и практических задач, в том числе дифференциально-диагностических.

Цель. На основе обобщения данных широкого круга эмпирических окулографических исследований систематизировать современные научные представления о диагностических возможностях данного метода в клинике аффективных расстройств.

Материалы и методы. Сбор материалов для данного нарративного литературного обзора осуществлялся путем поиска статей в наукометрических базах PubMed, Elibrary, Cochrane Library, Google Scholar по запросам «(eye tracking) AND (affective disorders)», «(eye tracking) AND (mood disorders)», «(eye tracking) AND (bipolar disorder)», «(eye tracking) AND (depression)», «айтрекинг аффективные расстройства», «окулография аффективные расстройства», «айтрекинг биполярное расстройство», «окулография биполярное расстройство», «айтрекинг депрессия», «окулография депрессия».

Результаты. Выполненный анализ литературы показывает наличие специфических глазодвигательных аномалий, как присущих биполярному расстройству независимо

* Первое сообщение опубликовано в № 3, 2024 г. (Ноздрачев Д.И., Крюков В.В., Краснов В.Н. Окулографические исследования в клинике аффективных расстройств: обзор литературы. Сообщение 1: депрессивные расстройства. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2024;15(3):335–350. DOI: 10.34883/PI.2024.15.3.011).

от фазы, так и типичных для гипоманиакальных, маниакальных и депрессивных фаз. Также установлено наличие окулографических изменений, типичных для депрессивных и психотических состояний независимо от их нозологической природы. Видится перспективным дальнейшее развитие окулографии как инструмента психофизиологической оценки состояния и дифференциальной диагностики.

Ключевые слова: окулография, окулографические техники, рекуррентная депрессия, биполярное расстройство, саккады, пути сканирования, ошибки внимания

Nozdrachev D., Kryukov V. ✉, Krasnov V.

Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Oculographic Studies in Affective Disorders: a Review of the Literature. Part 2: Bipolar Disorder*

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: concept, design of research, collection of material, writing of text and its processing – Nozdrachev D.; concept and design of research, editing, processing, writing of text – Kryukov V.; concept and design of research, editing, text – Krasnov V.

Funding: The study was carried out within the framework of the State task "Development of clinical tools and algorithms to support decision-making in the diagnosis, therapy and rehabilitation of patients with non-psychotic depressive disorders". Registration number 124020800064-9.

Submitted: 16.09.2024

Accepted: 11.11.2024

Contacts: vkrjukov@yandex.ru

Abstract

Introduction. The second part of the literature review describes eyetracking features of bipolar disorder. Different types of eye movements, such as fixations, saccades, smooth pursuit eye tracking movements, reflect both cognitive and emotional regulation processes. Oculographic studies of bipolar disorders allow solving a number of scientific and practical problems, including differential diagnosis.

Purpose. Based on the generalization of data from a wide range of empirical oculographic studies, to systematize modern scientific ideas about the diagnostic capabilities of this method in the clinic of affective disorders.

Materials and methods. The collection of materials for this narrative literature review was carried out by searching articles in the scientific databases PubMed, Elibrary, Cochrane Library, Google Scholar using the queries "(eye tracking) AND (affective disorders)", "(eye tracking) AND (mood disorders)", "(eye tracking) AND (bipolar disorder)", "(eye tracking) AND (depression)".

Results. The performed analysis of the literature shows the presence of specific oculomotor anomalies, both inherent in bipolar disorder regardless of the phase, and typical for hypomanic, manic and depressive phases. The presence of oculographic changes typical for depressive and psychotic conditions regardless of their nosology.

*The first report was published in No. 3, 2024 (Nozdrachev D., Kryukov V., Krasnov V. Oculographic studies in the clinic of affective disorders: a literature review. Message 1: Depressive disorders. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2024;15(3):335–350. DOI: 10.34883/PI.2024.15.3.011).

Further development of eyetracking as a tool for psychophysiological assessment of the state and differential diagnostics seems very promising.

Keywords: oculography, eye tracking, recurrent depressive disorder, bipolar disorder, saccades, visual scan, attention biases

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Саккады и плавные следящие движения глаз (SPEM)

Глазодвигательные нарушения могут быть отражением нарушений эмоционального регулирования, а также признаком когнитивного дефицита, в том числе при биполярном аффективном расстройстве (БАР). Так, в работе А.А. Chrobak и соавт., посвященной изучению функции вергенции (т. е. конвергенции и дивергенции), показано увеличенное число ошибок в выполнении данных задач и увеличенное количество вторгающихся саккадических движений, что указывает на нарушения контролирующего влияния лобной коры; авторами прослеживается связь этой находки с так называемой мягкой, или рассеянной, неврологической симптоматикой [1]. В развитие модели нарушения высших интегративных функций коры при расстройствах шизофренического и биполярного спектров та же группа исследователей в другой работе провела сравнительный анализ, показавший, что у пациентов с БАР из нарушений вергентных движений доминируют их неточность и большее количество дополнительных саккад, а у пациентов с шизофренией наряду с ошибками вергенции наблюдается меньшая амплитуда вергентных движений, меньшая способность к конвергенции и большая разница в скорости реакций между доминантным и недоминантным глазом. При этом при сравнении групп по полу у мужчин разброс показателей оказался значительно выше, чем у женщин, что авторы связали с большим диапазоном морфологических изменений вещества головного мозга у мужчин [2].

Малоизученным вопросом остаются окулографические отличия биполярного расстройства непсихотического и психотического уровней. В работе S. Brakemeier проведено сравнение окулографических характеристик у пациентов с БАР с психотическими и непсихотическими симптомами в сопоставлении с контрольной группой; пациенты с непсихотическими состояниями демонстрировали лучшие показатели ранних фаз следящих движений и предугадывающих саккад. Данные результаты свидетельствуют о более выраженном нарушении когнитивных функций, особенно способности к прогнозированию движений, у субъектов с психотическими симптомами БАР [3].

Ряд исследований были посвящены сравнительному анализу глазодвигательных нарушений при психотическом БАР и шизофрении. Так, в работе А.Ф. Moates рассматривалось выполнение предвосхищающих саккад в рамках исследования мягких следящих движений глаз; было показано, что в обеих группах имеется схожая степень нарушения предсказательных функций и ингибирования. При этом отмечена корреляция выраженности нарушений следящих движений глаз и визуально-пространственной рабочей памяти у пациентов с психотическим БАР, как и у здоровых лиц, но не у пациентов с шизофренией, у которых наблюдалась диссоциация глазодвигательных нарушений и трудностей со следящими движениями глаз. Авторы исследования пришли к заключению, что его результаты подтверждают гипотезу о

возможности рассмотрения нарушений следящих движений как биомаркера психотических состояний различной природы [4].

R. Lencer и соавт. провели крупное исследование следящих движений глаз у пациентов с шизофренией, шизоаффективным расстройством (ШАР) и психотическим БАР, а также у их клинически здоровых родственников в рамках проекта B-SNIP, посвященного исследованию промежуточных фенотипов между шизофренией и БАР. Было показано, что наиболее тяжелые нарушения как слежения, так и предсказания положения объекта имелись у пациентов с шизофренией, несколько менее тяжелые – у пациентов с ШАР и БАР. Еще более мягкие нарушения, отражающие скорее сенсомоторные, чем когнитивные сдвиги, были найдены у родственников пациентов, причем различий между тремя группами родственников обнаружено не было. Авторы исследования считают, что нарушения следящих движений глаз могут служить трансдиагностическим биомаркером психотических расстройств [5]. Следует отметить параллели с имеющимися данными о связи выраженности нарушений движений глаз и когнитивных нарушений при психотических расстройствах в рамках шизофренического спектра [6].

В другом исследовании плавных следящих движений глаз у пациентов с БАР и шизофренией показано наличие в обеих группах нарушений ускорения саккадических движений глаз, что отражает наличие значимых нарушений интеграции сенсомоторной информации и координации движений глаз с изменениями стимулов внешнего мира [7].

На основании результатов крупного 12-летнего исследования глазодвигательных нарушений (саккад, плавных следящих движений глаз, путей зрительного сканирования) при шизофрении, большом депрессивном расстройстве (БДР) и БАР с применением нейросетевых технологий была показана возможность дифференциальной диагностики трех клинических форм с высокой специфичностью, но умеренной чувствительностью с общей предсказательной точностью около 80% [8]. Вместе с тем в исследовании глазодвигательных показателей у лиц с БДР и БАР было отмечено наличие у пациентов с аффективными расстройствами ряда нарушений: уменьшения длительности саккад, продолжительности фиксации, – при этом различий между группами пациентов (БДР, маниакальные и депрессивные фазы БАР) обнаружено не было [9].

Недавнее комплексное исследование окулографических нарушений (антисаккад и плавных следящих движений) и мягких неврологических знаков при биполярном расстройстве I типа у пациентов, имеющих в анамнезе маниакальный эпизод в качестве первого аффективного эпизода, в сравнении с их родственниками первой линии и контрольной группой показало возможность использования данных нарушений для дифференциации трех групп, при этом как окулографические, так и неврологические нарушения были сильнее выражены у пациентов с маниакальным эпизодом в анамнезе, в меньшей степени – у их родственников [10]. В исследовании лиц с ультравысоким риском биполярного расстройства при сравнении с контрольной группой была выявлена повышенная частота ошибок в тесте с антисаккадами, а в тесте с саккадами, выполняемыми по памяти, выявлено увеличение количества предвосхищающих саккад, что отражает нарушение исполнительных функций, в том числе когнитивного контроля и рабочей памяти [11].

В исследовании про- и антисаккад у пациентов с БАР в сравнении с пациентами с СДВГ и контролем при выполнении саккадных тестов на фоне демонстрации

эмоционально окрашенных изображений лиц было показано увеличенное количество ошибок и неправильных предвосхищающих саккад у обеих групп пациентов, причем в случае пациентов с БАР выполнение теста было менее точным при любом эмоциональном выражении лиц [12].

Фиксации на стимулах

В работе A. García-Blanco и соавт. изучалось ингибирование внимания к эмоциональным стимулам в форме картинок при БАР в мании, депрессии и эутимии. Было показано, что у пациентов с манией снижена возможность ингибировать внимание к позитивным стимулам и повышена фиксация внимания на угрожающих стимулах (в задачах на ингибирование внимания к нейтральным стимулам). При этом повышенное внимание к угрожающим сценам характерно для пациентов с БАР независимо от фазы [13]. Ранее данными авторами было показано пониженное внимание к эмоциональным стимулам, выражающим позитивные чувства, в частности радость, при депрессивной фазе БАР, в этой же работе обнаружено повышенное внимание к угрожающим стимулам вне зависимости от текущей фазы расстройства [14]. Вместе с тем исследование пациентов с БАР I типа, находящихся в ремиссии, показало отсутствие разницы в параметрах внимания к позитивным, негативным и нейтральным эмоционально значимым стимулам по сравнению с контрольной группой. Литературный анализ, проведенный авторами данного эмпирического исследования, говорит скорее о закономерности выявленного факта; вместе с тем стоит отметить небольшой объем выборки в данном исследовании [15]. Аналогичные результаты показаны в исследовании A.D. Peckham и соавт. – при изучении глазодвигательных реакций пациентов с БАР показано отсутствие различий в зрительном анализе эмоционально значимых стимулов любой валентности после учета влияния аффективной фазы [16]. Вместе с тем в исследовании движений глаз у пациентов с БАР в стадии интермиссии, в котором в качестве стимульного материала использовались эмоционально окрашенные видеоролики, выявлена статистически значимая негативная ошибка внимания [17]. В диссертационном исследовании R. Yer при анализе особенностей обработки эмоционально окрашенных изображений лиц при БАР в качестве стимульного материала также были использованы видеофрагменты. Показано, что пациенты с БАР при просмотре фрагментов с позитивными изображениями лиц совершали меньше саккад, а при сравнении общей направленности взора обращали его чаще в сторону позитивных изображений лиц, чем негативных, в сравнении с контрольной группой, что, по мнению автора, демонстрирует наличие диагностически значимых аномалий обработки изображений лиц при БАР [18].

В работе, посвященной вопросам эмоциональной реактивности при БАР, показано, что пациенты при получении задания рассматривать неприятные изображения и подавлять в себе негативные эмоциональные реакции демонстрировали меньшее время взгляда на неприятные и нейтральные эмоционально окрашенные стимулы; при этом в маниакальной фазе БАР этот эффект был более выраженным, а среди пациентов в депрессивной фазе избегание негативных стимулов было менее выраженным и время их рассматривания было относительно больше [19]. Исследование частоты моргания при выполнении задач, связанных с получением вознаграждения, выявило более сильную корреляцию между частотой моргания (показателя, среди прочего отражающего уровень дофамина в стриатуме) и вознаграждением

у пациентов с биполярным расстройством, что может отражать повышенную степень эмоциональной вовлеченности в решение таких задач у пациентов с БАР [20].

Изучаются и возможности использования техник окулографии, связанных с исследованиями фиксации на эмоциональных стимулах и путей их визуального сканирования, в дифференциальной диагностике биполярного расстройства и шизофрении. В исследовании путей сканирования изображений (с наличием социального контекста, например лиц, и без него) показано, что группы пациентов с шизофренией и БАР (в стадии ремиссии) отличались от контроля по временным параметрам анализа изображений (продолжительности фиксации), но не различались между собой. При этом пространственное распределение фиксации взгляда на изображениях также отличалось от контрольной группы при обеих нозологиях, а при шизофрении эти нарушения отличались от таковых при БАР для всех категорий изображений, кроме лиц. Отмечено, что количественная выраженность аномалий визуального сканирования была максимальной именно при анализе изображений лиц, причем и при БАР, и при шизофрении; данная находка интерпретируется авторами как потенциальный биомаркер нарушений социальных когнитивных функций при данных расстройствах [21].

■ ОБСУЖДЕНИЕ

К настоящему времени наука аккумулировала множество сведений о нарушениях глазодвигательной активности при аффективных расстройствах. Часть из этих находок носит трансдиагностический характер и скорее отражает глубину нарушения психических функций; часть, напротив, является нозологически специфичной и может претендовать на роль эндофенотипов и даже биомаркеров расстройств.

На текущем уровне окулографических исследований при депрессивных состояниях можно выделить ряд находок. Нарушения саккадических движений и плавных следящих движений глаз отражают степень нарушения ряда исполнительных функций, в частности функции когнитивного контроля и ингибирования, а также клинически связаны в том числе с руминациями. При этом выраженность этих нарушений при депрессии значительно меньше, чем при шизофрении. Нарушения саккадических движений в целом являются трансдиагностическим маркером психотических состояний, встречаясь одновременно в клинике шизофрении, ШАР, психотических форм БАР и депрессий, и скорее свидетельствуют о тяжести психотического состояния, не позволяя провести дифференциальную диагностику.

В исследованиях фиксации взгляда с использованием различных эмоциональных стимулов показана общая тенденция к негативным ошибкам внимания в форме более длительного его удержания на отрицательно окрашенных стимулах и трудностей переключения внимания от них. Есть данные о корреляции тяжести депрессивного состояния и выраженности этих ошибок. При этом специфические, так называемые ранние ошибки внимания, выявляемые на инициальных стадиях визуального анализа у пациентов с тревожными состояниями, не наблюдаются при депрессивных состояниях с низким удельным весом тревожной симптоматики, что, по-видимому, может служить дифференциально-диагностическим маркером. В качестве эмоциональных стимулов применяются как изображения лиц, так и другие эмоционально окрашенные изображения – ситуации и тексты. В отношении обезличенных стимулов также показано наличие смещения внимания в сторону изображений и текстов с отрицательной эмоциональной окраской. Данные находки большинство авторов

исследований соотносят с когнитивной теорией депрессии А. Бека, считая ошибки внимания формой когнитивного искажения.

В литературе присутствуют и упоминания о наличии обратных (инвертированных) ошибок внимания, связанных с избеганием эмоционально конгруэнтного стимула. Факторы, предопределяющие формирование избегающего типа реагирования, еще не описаны, и данный вопрос представляется перспективным для дальнейшего исследования.

Дискуссионным остается вопрос о представленности ошибок внимания среди пациентов с депрессией в интермиссии. Большинство работ описывает окулографические искажения в период яркой, клинически выявляемой симптоматики, но в ряде исследований показано сохранение ошибок внимания в интермиссии, пусть и в менее выраженном виде; это дает основание полагать, что механизмы смещения внимания тесно связаны с тенденцией к формированию рекуррентности депрессивных состояний.

Исследования нарушений выполнения тестов с саккадами и плавными следящими движениями глаз при БАР показывают связь этих показателей с выраженностью нарушений исполнительных функций, в частности рабочей памяти и когнитивного контроля. Эти окулографические нарушения наблюдаются преимущественно при психотических формах БАР, одновременно присутствуя, даже в большей степени выраженности, при ШАР и шизофрении, и являются (при достаточной степени тяжести) возможным маркером психотического состояния, отражая главным образом выраженность когнитивных нарушений.

При биполярном расстройстве выявлены также аномалии фиксации на эмоционально окрашенных стимулах. Нарушения, выявляемые при депрессивной фазе БАР, в целом близки к таковым при депрессии в рамках РДР и заключаются в повышении внимания к негативно окрашенным стимулам. В ряде работ [13, 14] также показано, что специфичным для БАР является сдвиг внимания в сторону угрожающих стимулов. При гипоманиакальных и маниакальных состояниях показано повышение внимания к положительно окрашенным стимулам, что укладывается в общую концепцию сдвигов внимания, конгруэнтных аффективной фазе. В ряде работ было показано отсутствие сдвигов внимания в интермиссии; впрочем, размеры выборок были невелики, и требуются дальнейшие исследования для прояснения возможности существования постоянных искажений обработки эмоциональной информации при БАР. Также следует отметить неизученность окулографических нарушений в области фиксации на эмоциональных стимулах при смешанных состояниях.

Обзор работ, посвященных применению технологий машинного обучения и искусственного интеллекта, показал все возрастающую, достигающую сейчас 80% и более диагностическую точность систем, основанных на анализе окулографических данных. Текущий уровень технологий позволяет говорить о дифференциации БАР и РДР средствами окулографии. При этом внутренние механизмы анализа взаимосвязей окулографических и клинических проявлений остаются неописанными в этих работах.

Следует отметить, что большинство проанализированных в данном обзоре окулографических исследований содержало квалификацию состояний по DSM-IV и DSM-5, в частности с использованием концепции большого депрессивного расстройства, включающего однократные депрессивные эпизоды (которые при дальнейшем течении аффективного расстройства могут оказаться депрессиями в рамках РДР или БАР).

В ряде работ диагностика и вовсе основывалась исключительно на психометрии с применением самоопросников. Проведение исследований с качественной клинической квалификацией депрессивных состояний в соответствии с подходами МКБ-10 и МКБ-11 также видится перспективной областью дальнейших исследований.

Во многих работах не принимается во внимание актуальная (на период исследования) фаза биполярного расстройства – депрессивная, (гипо)маниакальная или смешанная. Это делает результат этих исследований малоинформативным. Не меньшее значение имело бы сопоставление данных в болезненных состояниях и в ремиссии, которое также проведено в очень ограниченном числе работ. Поэтому представляются теоретически и практически значимыми углубленные дифференциально-диагностические исследования в данной области. Особое значение имеет ранняя нейрофизиологическая дифференциация синдромально сходных рекуррентных и биполярных депрессий, предполагающих существенно различающиеся терапевтические подходы.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Chrobak A.A., Rybakowski J.K., Abramowicz M., et al. Vergence eye movements in bipolar disorder. *Psychiatr Polska*. 2020;54(3):467–485. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/105229
2. Chrobak A.A., Rybakowski J.K., Abramowicz M., et al. Vergence eye movements impairments in schizophrenia and bipolar disorder. *J Psychiatr Res*. 2022;156:379–389. doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.10.042
3. Brakemeier S., Sprenger A., Meyhöfer I., et al. Smooth pursuit eye movement deficits as a biomarker for psychotic features in bipolar disorder-Findings from the PARDIP study. *Bipolar Disord*. 2020;22(6):602–611. doi: 10.1111/bdi.12865
4. Moates A.F., Ivleva E.I., O'Neill H.B., et al. Predictive pursuit association with deficits in working memory in psychosis. *Biol Psychiatry*. 2012;72(9):752–7. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.03.030
5. Lencer R., Sprenger A., Reilly J.L., et al. Pursuit eye movement as an intermediate phenotype across psychotic disorders: Evidence from the B-SNIP study. *Schizophr Res*. 2015;169(1–3):326–333. doi: 10.1016/j.schres.2015.09.032
6. Churikova M.A., Vashchekin S.S., Shmukler A.B. [Cluster analysis of psychopathological symptoms and oculographic disorders in patients with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders]. *Social and clinical psychiatry* [Social and clinical psychiatry]. 2023;33(4):39–47. doi: 10.34757/0869-4893.2023.33.4.005 (In Russian)
7. Trillenber P., Sprenger A., Talamo S., et al. Visual and non-visual motion information processing during pursuit eye tracking in schizophrenia and bipolar disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2017;267(3):225–235. doi: 10.1007/s00406-016-0671-z
8. St Clair D., MacLennan G., Beedie S.A., et al. Eye Movement Patterns Can Distinguish Schizophrenia From the Major Affective Disorders and Healthy Control Subjects. *Schizophr Bull Open*. 2022;3(1):sgac032. doi: 10.1093/schizbullopen/sgac032
9. Wang Y., Lyu H.L., Tian X.H., et al. The similar eye movement dysfunction between major depressive disorder, bipolar depression and bipolar mania. *World J Biol Psychiatry*. 2022;23(9):689–702. doi: 10.1080/15622975.2022.2025616
10. Ritish D., Reddy P.V., Sreeraj V.S., et al. Oculomotor Abnormalities and Aberrant Neuro-Developmental Markers: Composite Endophenotype for Bipolar I Disorder: Anomalies Oculomotrices et Marqueurs Neuro-Développementaux Aberrants : Endophénotype Composite du Trouble Bipolaire I. *Can J Psychiatry*. 2024;69(8):590–597. doi: 10.1177/07067437241248048
11. Ekin M., Koçoğlu K., Eraslan Boz H., et al. Antisaccade and memory-guided saccade in individuals at ultra-high-risk for bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2023;339:965–972. doi: 10.1016/j.jad.2023.07.109
12. Yep R., Soncin S., Brien D.C., et al. Using an emotional saccade task to characterize executive functioning and emotion processing in attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder. *Brain Cogn*. 2018;124:1–13. doi: 10.1016/j.bandc.2018.04.002
13. García-Blanco A., Salmerón L., Perea M. Inhibitory Control for Emotional and Neutral Scenes in Competition: An Eye-Tracking Study in Bipolar Disorder. *Biol Psychol*. 2017;127:82–88. doi: 10.1016/j.biopsycho.2017.05.006
14. García-Blanco A., Salmerón L., Perea M., et al. Attentional biases toward emotional images in the different episodes of bipolar disorder: an eye-tracking study. *Psychiatry Res*. 2014;215(3):628–33. doi: 10.1016/j.psychres.2013.12.039
15. Purcell J.R., Lohani M., Musket C., et al. Lack of emotional gaze preferences using eye-tracking in remitted bipolar I disorder. *Int J Bipolar Dis*. 2018;6(1):15. doi: 10.1186/s40345-018-0123-y
16. Peckham A.D., Johnson S.L., Tharp J.A. Eye Tracking of Attention to Emotion in Bipolar I Disorder: Links to Emotion Regulation and Anxiety Comorbidity. *Int J Cogn Ther*. 2016;9(4):295–312. doi: 10.1521/ijct_2016_09_12
17. Kjaerstad H.L., Jørgensen C.K., Broch-Due I., et al. Eye gaze and facial displays of emotion during emotional film clips in remitted patients with bipolar disorder. *Eur Psychiatry*. 2020;63(1):e29. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.26
18. Yep R. (2023) *Eye tracking to characterize cognitive changes across the lifespan and in neuropsychiatric disorders (PhD Thesis)*. Kingston.
19. Broch-Due I., Kjaerstad H.L., Kessing L.V., et al. Subtle behavioural responses during negative emotion reactivity and down-regulation in bipolar disorder: A facial expression and eye-tracking study. *Psychiatry Res*. 2018;266:152–159. doi: 10.1016/j.psychres.2018.04.054
20. Peckham A.D., Johnson S.L. Spontaneous Eye-Blink Rate as an Index of Reward Responsivity: Validation and Links to Bipolar Disorder. *Clin Psychol Sci*. 2016;4(3):451–463. doi: 10.1177/2167702615594999
21. Bestelmeyer P.E., Tatler B.W., Phillips L.H., et al. Global visual scanning abnormalities in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res*. 2006;87(1–3):212–22. doi: 10.1016/j.schres.2006.06.015



Хмара Н.В.¹ ✉, Пицко Т.П.¹, Ермоленко В.А.¹, Тришкина Е.П.², Машуков И.Л.³

¹ Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

² Гомельская областная клиническая психиатрическая больница, Гомель, Беларусь

³ Гомельская областная МРЭК, Гомель, Беларусь

Вторичная кататония: отчет о клиническом случае и литературный обзор

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Хмара Н.В. – концепция и дизайн исследования, написание обзора литературы; Хмара Н.В., Ермоленко В.А., Пицко Т.П., Тришкина Е.П., Машуков И.Л. – описание клинического случая; Хмара Н.В., Ермоленко В.А., Пицко Т.П. – редактирование и обсуждение данных, обзор публикаций по теме статьи; Хмара Н.В., Ермоленко В.А., Пицко Т.П. – проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации.

Благодарность: авторы выражают признательность врачам реанимационного отделения УЗ «ГОКПБ» за предоставление материала.

Подана: 20.08.2024

Принята: 09.10.2024

Контакты: grintuch1@gmail.com

Резюме

Введение. В кратком обзоре литературы мы обсуждаем изменения в концепции кататонии, различные причины ее развития и симптомы. Мы более подробно рассматриваем влияние отмены клозапина на формирование кататонического синдрома (КС). Литературный обзор сопровождается анализом наблюдаемого нами случая 60-летней пациентки, страдающей параноидной шизофренией с кататоническими эпизодами и сопутствующей соматической патологией.

Цель. Рассмотреть причины формирования и стратегии ведения вторичной кататонии на примере описания клинического случая с опорой на доступные литературные исследования.

Материалы и методы. Для оценки симптомов кататонии использована рейтинговая шкала кататонии Буша – Фрэнсиса, Bush – Francis catatonia rating scale (BFCSI), 1996.

Заключение. Описанный клинический случай иллюстрирует многообразие причин и сложность диагностики КС. Необходимо с большим вниманием относиться к другим, не ментальным, причинам кататонии, особенно у пациентов после 40 лет. Раннее установление симптомов вторичной кататонии может быть полезно для сохранения чувствительности к лечению и способствовать улучшению прогноза.

Ключевые слова: вторичная кататония, клозапин, нейролептический синдром, синдром отмены

Hmara N.¹ ✉, Pitsko T.¹, Ermolenko V.¹, Tryshkina A.², Mashukou I.³

¹ Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

² Gomel Regional Clinical Psychiatric Hospital, Gomel, Belarus

³ Gomel Regional Clinical MREC, Gomel, Belarus

Secondary Catatonia: a Case Report and Literature Review

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Hmara N. – study concept and design, writing the literature review; Hmara N., Ermolenko V., Pitsko T., Trishkina E., Mashukou I. – description of the clinical case; Hmara N., Ermolenko V., Pitsko T. – editing and discussion of data, review of publications on the topic of the article; Hmara N., Ermolenko V., Pitsko T. – verification of critical content, approval of the manuscript for publication.

Gratitude: authors express their gratitude to the doctors of the intensive care unit of the Gomel Regional Clinical Psychiatric Hospital for providing the material.

Submitted: 20.08.2024

Accepted: 09.10.2024

Contacts: grintuch1@gmail.com

Abstract

Introduction. In this brief literature review, we discuss changes in the concept of catatonia, its different types and symptoms. We consider in more detail the effect of clozapine withdrawal on the formation of a catatonic episode. The literature review is accompanied by an analysis of our case of a 60-year-old patient suffering from paranoid schizophrenia with catatonic episodes and concomitant somatic pathology.

Purpose. To examine the causes of formation and strategies for managing secondary catatonia using the example of a clinical case description, based on available literary studies.

Materials and methods. The Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BFCSI) 1996 was used to assess symptoms of catatonia.

Conclusion. The described clinical case illustrates the diversity of causes and the complexity of diagnosis of CS. It is necessary to pay more attention to other, non-mental causes of catatonia, especially in patients over 40 years of age. Early detection of symptoms of secondary catatonia may be useful for maintaining "sensitivity" to treatment and may contribute to an improved prognosis.

Keywords: secondary catatonia, clozapine, neuroleptic syndrome, withdrawal syndrome

■ ВВЕДЕНИЕ

Современная литература трактует кататонический синдром (КС) как трансдиагностический конструкт, подчеркивая вариабельность причин и проявлений данного состояния [1]. Solmi M. et al., 2018, проанализировав описанные в PubMed/Scopus случаи КС с 1935 по 2017 г., установили следующую распространенность: среди пациентов, обращающихся в службы охраны психического здоровья, кататония наблюдается у 9% (95% ДИ: 6,9–11,7%) [2]. В данной работе определены более высокие показатели по сравнению с предыдущими исследованиями – 2,3% (95% ДИ: 1,3–3,9%) [3]. Это обусловлено накоплением знаний о том, что причинами кататонии,

помимо психических заболеваний, могут выступать синдром отмены, осложнения от нейролептической терапии, ряд тяжелых неврологических и соматических заболеваний [4]. Согласно литературным данным, в психиатрических стационарах 20% случаев кататонии обусловлены соматическими причинами, в стационарах общего профиля соотношение психиатрических и соматических причин составляет 50 на 50. У пожилых пациентов в 80% случаев выявляют кататонию, обусловленную причинами, не связанными с психическими расстройствами [5]. Среди причин развития кататонии на первом месте стоят психические расстройства. Однако кататоническая симптоматика встречается как при неврологических, соматических заболеваниях, так и при синдроме отмены. Такая кататония называется вторичной [6].

Клинические симптомы КС включают нарушения со стороны движения, речи, аффективно-волевого компонента, а также могут сопровождаться витальными нарушениями и приводить к смерти [6]. Сочетание психической и соматической патологий часто вызывает трудности, а иногда и невозможность определения причины возникновения кататонических симптомов. Это осложняет диагностику, приводит к позднему выставлению диагноза и в последующем существенно влияет на лечение и прогноз.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рассмотреть причины формирования и стратегии ведения вторичной кататонии на примере описания клинического случая с опорой на доступные литературные исследования.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для оценки симптомов кататонии использована рейтинговая шкала кататонии Буша – Фрэнсиса, Bush – Francis catatonia rating scale (BFCSI), 1996. Первые 14 вопросов составляют инструмент скрининга. При наборе 2 и более баллов по скринингу оценивают всю шкалу.

Случай из клинической практики, составлен в соответствии с принципами системы CARE [7]

Пациентка Л., 60 лет. За 2 дня до поступления отказалась принимать медикаменты (клозапин), появились возбуждение, тревога, нарушение сна, перестала есть, стала заторможенной, разговаривала сама с собой.

Anamnesis vitae: наследственность неотягощена. Образование среднеспециальное, работала бухгалтером, в настоящее время пенсионерка. Была замужем, разведена. Является инвалидом II группы по психическому заболеванию бессрочно. В настоящее время живет в городе с семьей сына, в квартире своя комната, условия хорошие. Ведет замкнутый образ жизни, отношения с семьей формальные.

Anamnesis morbi: заболевание началось с галлюцинаторно-параноидной симптоматики в 1993 г., диагноз «шизофрения» выставлен в 1994 г. Госпитализации частые: 1–2 раза в год. Клинические симптомы носили непрерывно-прогредиентный характер, в клинике обострения: псевдогаллюцинации, идеи преследования, возбуждение, агрессия. С 1999 г. инвалид II группы. Лечение проводилось типичными нейролептиками (галоперидол (Haloperidol), трифтазин (Trifluoperazine), мажептил (Thiopropereazine)). Из-за плохого комплаенса регулярно переводилась на

депо-препараты (галоперидол деканоат (Haloperidol decanoate), модитен-депо (Fluphenazine)). Лечение типичным нейролептиком получала в течение нескольких месяцев, затем развивались явления вторичного паркинсонизма, которые купировались добавлением тригексифенидила (Trihexyphenidyl). В 2000 г. задокументирован кататонический эпизод, который включал выраженное возбуждение с переходом в ступор. Купирование проводилось мажептилом (Thiopropereazine) и аминазином (Chlorpromazine). Согласно амбулаторной карте, была переведена на поддерживающее лечение азалептином (Clozapine). Через несколько месяцев пациентка бросила лечение. При последующей госпитализации был вновь назначен пролонгированный препарат, который вызвал те же осложнения и последующую отмену пролонгированного нейролептика. До 2009 г. терапия носила одинаковый паттерн: добавление пролонгированного препарата из-за плохого комплаенса, затем комбинация типичного нейролептика с клозапином. В 2009 г. на фоне отказа от лечения наблюдалось повторение кататонических симптомов с возбуждением и ступором, состояние купировалось аминазином, диазепамом. После купирования ступора пациентка принимала аминазин, а затем была переведена на монотерапию клозапином. В этот период времени отмечается некоторое улучшение комплаенса и снижение длительности и частоты обострений (до 1 раза в 2–3 года). Согласно документации, Л. в 2019 г. резко отказалась от клозапина, почти сразу стала отказываться от еды, стояла и смотрела в одну точку, поднимала руки вверх, не разговаривала. На фоне возвращения клозапина состояние быстро улучшилось, после выписки пациентка принимала клозапин 200 мг/сут. Ремиссия длилась до лета 2023 г. Последнее ухудшение наступило через несколько дней после резкого прекращения приема клозапина (200 мг/сут). У Л. появились возбуждение, тревога, нарушился сон, разговаривала сама с собой, затем стала мутична, присоединились заторможенность, периодическое застывание.

При поступлении имелись сопутствующие соматические заболевания: сахарный диабет II типа, субкомпенсация; артериальная гипертензия 3-й ст., риск 4; ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, H2A; стеатогепатоз; липоматоз молочной железы; бронхиальная астма, смешанная форма, контролируемое течение ДН-I; нефропатия сложного генеза (ишемическая, диабетическая); дисциркуляторная энцефалопатия сложного генеза (атеросклеротическая, гипертоническая) II степени; ожирение II степени.

С учетом наблюдаемых у Л. явлений заторможенности и периодического застывания с последующим присоединением мутизма было проведено обследование с применением рейтинговой шкалы BFCSI. При оценке первых 14 пунктов пациентка набрала 7 баллов, что указывало в пользу кататонической симптоматики. С учетом наличия идей отношения в анамнезе, плохой переносимости типичных нейролептиков был назначен рисперидон (2 мг/сут). Симптомы заторможенности, ступора и мутизма продолжали нарастать (BFCSI 14 баллов, здесь и далее оценивались все пункты шкалы), что привело к решению отменить рисперидон. Присоединение двусторонней нижнедолевой пневмонии со среднетяжелым течением смешанной этиологии (бактериальной и гипостатической) с ДН-I обусловило перевод в отделение реанимации (РАО) соматического стационара. В РАО было проведено лечение препаратами цефатоксим (Cefotaxime) (12 г/сут), сальбутамол (Salbutamol), амброксол (Ambroxolium) (60 мг/сут). В этот период пациентка не получала психотропных препаратов из-за тяжелого соматического состояния.

После стабилизации соматических показателей Л. была возвращена в психиатрическую клинику, в отделение РАО. На момент перевода: пневмония купирована, сформировались пролежни, симптомы кататонии (гипокинетическая форма; по шкале BFCSI – 9 баллов). Назначен диазепам (20 мг/сут), который в течение суток был отменен в связи с нарушением дыхания и отрицательной динамикой симптомов кататонии (по шкале BFCSI – 12 баллов). Пациентке был назначен клозапин с 12,5 мг/сут и постепенным увеличением в течение 12 дней до 150 мг/сут. С 5-х суток отмечалась стабильная положительная динамика (по шкале BFCSI уменьшение на 6 баллов), ушли восковидная гибкость, ступор, односложно отвечала на вопросы, реагировала на боль. Для стабилизации симптомов кататонии продолжили увеличивать клозапин. Однако на дозе 175 мг/сут проявились витальные нарушения (самостоятельно не держала артериальное давление (АД), нарушилось дыхание, наблюдалось однократное повышение температуры до 38,1 °С). Симптомы кататонии существенно не изменились, но перечисленные вегетативные нарушения увеличили BFCSI на 3 балла. Повышение температуры и нарушение витальных функций были рассмотрены как нейролептические осложнения, был добавлен амантадин (50 мг/сут). Доза клозапина была снижена до 150 мг/сут. Со следующего дня Л. стабильно держала витальные показатели с сохранением редукции кататонических симптомов. Через неделю переведена в общепсихиатрическое отделение. При этом Л. самостоятельно поддерживает витальные функции, ориентирована верно, доступна к продуктивному контакту, речь по существу, мышление с элементами паралогий, понимает и выполняет инструкции, бредовых и галлюцинаторных переживаний не выявляет, эмоционально не выразительна, формальна, быстро ассенизируется (BFCSI – 0 баллов). В отделении пациентка стремится ходить, но из-за избыточного веса испытывает трудности в передвижении. Выписана из стационара через 10 дней.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализируя клинический случай Л., следует указать, что используемая нами шкала BFCSI наиболее распространена для оценки кататонических симптомов. Она имеет высокую ретестовую надежность. Чувствительность шкалы BFCSI равна 100%, а специфичность колеблется от 75 до 100%. Однако ряд специалистов говорят об избыточности шкалы. Это связано с тем, что вегетативные нарушения при кататонии не уникальны и могут встречаться при целом ряде заболеваний [4, 8].

На наш взгляд, необходимо рассмотреть и такой немаловажный аспект, как возраст пациентки. Исследования, направленные на изучение связи КС и возраста, показывают, что кататония может возникать в любом возрасте, но после 40 лет она чаще носит вторичный характер, а после 65 лет этот показатель увеличивается еще больше [4, 6]. У пациентки задокументировано 2 КС: первый наблюдался в 37 лет – через 7 лет после начала заболевания, на момент второго КС пациентке было 46 лет. В 2019 г. пациентке было 56 лет, последний текущий эпизод КС повторился в 60 лет. На протяжении болезни Л. страдает нейролептическими осложнениями с метаболическими нарушениями.

Мы предполагаем, что в 2019 г. описаны симптомы кататонии без выставления КС. Возможным объяснением невключения КС в основной диагноз может быть быстрое купирование симптоматики. Данное обострение включает как КС, так и нейролепсию. Оба этих состояния близки по клиническим проявлениям и могут быть

смертельны. Состояние Л. осложнено и соматической патологией. В текущем обострении пациентка не могла поддерживать витальные функции, что может указывать не только на утяжеление сопутствующих соматических заболеваний, но и на вовлечение психики: злокачественную кататонию и/или злокачественный нейролептический синдром (ЗНС).

Длительное время считалось, что ЗНС относится к критериям исключения кататонии, но в последнее время появились и другие точки зрения. Так, Rasmussen S.A., Mazurek M.F., Rosebush P.I., 2016, указывают, что кататония может выступать в рамках провокатора развития ЗНС [9]. Клиническая симптоматика очень похожа, и ряд авторов придерживаются точки зрения, что ЗНС – это разновидность кататонии [10–12]. Среди психоактивных веществ, которые могут выступать в качестве провокатора кататонии, названы нейролептики, в том числе клозапин. В своей работе Lander M., Bastiampillai T., Sareen J. et al., 2018, описали 20 случаев отмены клозапина, которые сопровождались КС [13], и это не единственное описание. Так, Jagota G., Grover S., 2024, описывают пациентов с шизофренией 29, 50 и 64 лет, которые получали клозапин, и при прекращении терапии последним возник КС. Во всех 3 случаях возвращение клозапина остановило КС [14]. Исследователи Tsang L.Y., Gomez R., Graham J., Bains, S. et al., 2024, связывают такой вид кататонии с действием клозапина на ГАМК-ергическую систему посредством прямых и косвенных механизмов, прием препарата на постоянной основе способствует изменениям на уровне рецепторов [15]. При прекращении приема клозапина КС развивается в промежутке от 36 часов до 14 дней, что полностью укладывается в дебют обострения нашей пациентки. Согласно описаниям других клинических случаев, в 50% сопровождается витальными нарушениями [13–15].

Приведенные нами литературные данные подчеркивают трудности проведения дифференциальной диагностики ведущего синдрома у Л. в настоящей госпитализации. Низкий комплаенс и отказ от лечения на протяжении болезни добавляли частоту госпитализаций. Лечение типичными нейролептиками сформировало нейролептические осложнения. Переход на клозапин, к сожалению, не улучшил комплаенс, но, вероятно, усилил метаболические и нейроэндокринные нарушения нашей пациентки [16]. Как указывалось ранее, пациентка Л. имела сопутствующие диагнозы: ожирение II степени (вес 108 кг, рост 170 см, ИМТ=37,4), сахарный диабет II типа и нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ИБС). Присоединение пневмонии в данную госпитализацию усилило изменения общей и специфической реактивности организма и способствовало формированию нечувствительности к нейролептикам [17]. Этим можно объяснить отсутствие эффекта от диазепама – препарата первой линии при лечении кататонии. А если рассмотреть данное обострение в рамках отмены клозапина, то, согласно данным литературы, примерно в 30% симптомы кататонии не отвечают на прием бензодиазепинов. В этом случае наиболее эффективным является назначение электросудорожной терапии (ЭСТ) или возвращение клозапина. Анализ амбулаторной карты пациентки показал связь последних 2 эпизодов КС с прекращением приема клозапина. Мы предполагаем, что симптомы КС в 2019 г. обусловлены прекращением приема клозапина и поэтому быстро купированы именно из-за возвращения данного препарата. Важно обратить внимание, что Rogers J.P. et al., 2023, указывают, что с течением времени кататония становится менее отзывчивой к лечению [4]. Опираясь на описание 20 случаев отмены клозапина, можно утверждать, что своевременное возвращение этого

препарата могло редуцировать клинику КС [13]. Сопутствующая соматическая патология в текущем обострении у Л. являлась противопоказанием для назначения ЭСТ, но быстрое купирование симптомов при возвращении клозапина свидетельствует о правильности поставленного диагноза и выбранной тактики ведения пациентки. Помимо стабилизации нейролептических осложнений добавление амантадина рекомендовано использовать как альтернативную стратегию лечения при отсутствии или недостаточном эффекте от препаратов группы бензодиазепина и ЭСТ [18].

Таким образом, изменения в соматическом и психическом статусе, наличие синдрома отмены у нашей пациентки соотносятся с исследованиями по взаимосвязи возраста и КС и указывают на то, что кататония в данном обострении носит вторичный характер. Выбранная тактика лечения оказалась успешной.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описанный клинический случай иллюстрирует многообразие причин и сложность диагностики КС. Необходимо с большим вниманием относиться к другим, не ментальным, причинам кататонии, особенно у пациентов после 40 лет. Раннее установление симптомов вторичной кататонии может быть полезно для сохранения чувствительности к лечению и способствовать улучшению прогноза.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Christophe G., Expert P., Fovet T., et al. A network analysis of catatonia symptoms across diagnoses. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2024;111082. doi: 10.1016/j.pnpbp.2024.111082
2. Solmi M., Pigato G. G., Roiter B., et al. Prevalence of catatonia and its moderators in clinical samples: results from a meta-analysis and meta-regression analysis. *Schizophrenia Bulletin*. 2018;44(5):1133–1150. doi: 10.1093/schbul/sbx157
3. Luccarelli J., Kalinich M., McCoy Jr., et al. The occurrence of catatonia diagnosis in acute care hospitals in the United States: a national inpatient sample analysis. *General hospital psychiatry*. 2022;77:141–146. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2022.05.006
4. Rogers J.P., Oldham M.A., Fricchione G., et al. Evidence-based consensus guidelines for the management of catatonia: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*. 2023;37(4):327–369. doi: 10.1177/02698811231158232
5. Oldham M.A. The probability that catatonia in the hospital has a medical cause and the relative proportions of its causes: a systematic review. *Psychosomatics*. 2018;59(4):333–340. doi: 10.1016/j.psym.2018.04.001
6. Rogers J.P., Pollak T.A., Begum N., et al. Catatonia: demographic, clinical and laboratory associations. *Psychological Medicine*. 2023;53(6):2492–2502. doi: 10.1017/S0033291721004402
7. Riley D.S., Barber M.S., Kienle G.S., et al. CARE 2013 explanations and elaborations: reporting guidelines for case reports. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2017;9(89):218–235. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.04.026
8. Kazanceva N.V., Dutova T.A., Malyarov A.M., et al. Clinical cases, pathogenesis and diagnosis of catatonia in affective disorders (depression and mania) in adolescents. *Bulletin of the Baltic Federal University named after I. Kant. Series: Natural and Medical Sciences*. 2021;3:104–124. (in Russian)
9. Rasmussen S.A., Mazurek M.F., Rosebush P.I. Catatonia: our current understanding of its diagnosis, treatment and pathophysiology. *World journal of psychiatry*. 2016;6(4):391. doi: 10.5498/wjpv.v6.i4.391
10. Northoff G. Catatonia and neuroleptic malignant syndrome: psychopathology and pathophysiology. *Journal of neural transmission*. 2002;109:1453–1467. doi: 10.1007/s00702-002-0762-z
11. Lang F.U., Lang S., Becker T., et al. Neuroleptic malignant syndrome or catatonia? Trying to solve the catatonic dilemma. *Psychopharmacology*. 2015;232:1–5. doi: 10.1007/s00213-014-3807-8
12. Luchini F., Lattanzi L., Bartolommei N., et al. Catatonia and neuroleptic malignant syndrome: two disorders on a same spectrum? Four case reports. *The Journal of nervous and mental disease*. 2013;201(1):36–42. doi: 10.1708/1069.11721
13. Lander M., Tarun B., Jitender S. Review of withdrawal catatonia: what does this reveal about clozapine? *Translational psychiatry*. 2018;8(1):139. doi: 10.1038/s41398-018-0192-9
14. Jagota G., Grover S. Clozapine Withdrawal Catatonia: A Case Series and Review of Literature. *Annals of Indian Psychiatry*. 2024;8(3):246–254. doi: 10.4103/aip.aip_177_23
15. Tsang L.Y., Gomez R., Graham J., et al. Clozapine discontinuation-induced catatonia: A detailed case report and exploration of potential underlying mechanisms. *Psychiatry Research Case Reports*. 2024;3(2):100230. doi: 10.1016/j.psycr.2024.100230
16. Danilov D.S., Hohlova V.A., Lapina I.A., et al. Somatic side effects of modern antipsychotic therapy: mechanisms of development, clinical manifestations, role in limiting the effectiveness of schizophrenia treatment and correction methods. *Russian Medical News*. 2008;13(3):23–33. (in Russian)
17. Malin D.I., Ryvkin P.V. Tolerance to antipsychotic therapy in the treatment of patients with schizophrenia: risk factors, clinical manifestations and therapeutic approaches. *Modern Therapy of Mental Disorders*. 2022;4:2–9. (in Russian)
18. Beach S.R., Gomez-Bernal F., Huffman J.C., et al. Alternative treatment strategies for catatonia: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*. 2017;48:1–19. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2017.06.011

<https://doi.org/10.34883/PI.2024.15.4.002>



Александровский Ю.А.
Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
имени В.П. Сербского, Москва, Россия

Клинико-диагностическая оценка социально- стрессовых расстройств

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 07.10.2024

Принята: 21.11.2024

Контакты: alexandrovsky_u@mail.ru

Резюме

Анализируются клинико-диагностические особенности макросоциальных непсихотических психических нарушений. Формирование таких социально-стрессовых расстройств (ССР) обусловлено общими механизмами развития психической дезадаптации с преобладанием неспецифических простых (малых) синдромов невротического уровня. Они могут иметь самостоятельное диагностическое значение, хотя наиболее часто наблюдаются предневротические нарушения, служащие базой для формирования клинически оформленных невротических и психосоматических расстройств.

Ключевые слова: социально-стрессовые расстройства, кризисные ситуации, адаптивные реакции, психогенные и соматоформные расстройства

Aleksandrovsky Y.
V. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology, Moscow,
Russia

Clinical and Diagnostical Assessment of Social Stress Disorders

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 07.10.2024

Accepted: 21.11.2024

Contacts: alexandrovsky_u@mail.ru

Abstract

The object of analysis is the clinical features is macrosocial non-psychotic mental disorders. The formation of the social stress disorders is caused by general mechanisms of mental maladaptation with predominance of non-specific syndromes of the neurotic level. They can have independent diagnostic value although preneurotic disorders are most often observed, which are the basis for the development of clinically formal neurotic and psychosomatic disorders.

Keywords: social stress disorders, adaptation reactions, crisis situation, psychogenic reactions, somatoform disorders

Изучение влияния социальных изменений на психическое здоровье в критические периоды развития общества на протяжении XX столетия поставило целый ряд новых психопатологических, терапевтических и организационных проблем, решение которых в значительной мере определяло как точки роста самой психиатрии, так и ее авторитет не только в медицине, но и в обществе в целом. При этом достаточно детальные описания психических изменений у населения под влиянием кризисных ситуаций можно найти в ряде специальных публикаций. В частности, русский психиатр Ф.Е. Рыбаков (1906) [1] в докладе, сделанном на заседании Московского общества невропатологов и психиатров, отметил причинную связь между политическими событиями того времени (революция 1905 г.) и психическими расстройствами. Он обратил внимание на то, что погромы, забастовки, принудительное участие в стачках вызывают, особенно у лиц, «пассивно участвующих в политическом движении», тревогу, страх, «подавленность в действиях», а в ряде случаев острый бред и другие расстройства. В дальнейшем у этих лиц наблюдается изменение характера. Об этом же, анализируя изменения психического состояния населения Германии после ее поражения в Первой мировой войне, писал Карл Ясперс. Он подчеркивал, что глубокие эмоциональные макросоциальные конфликты воздействуют на людей иначе, чем потрясения личного свойства. Происходит девальвация ценности жизни, снижается чувство опасности в угрожающих ситуациях. Наряду с этим отмечается «неуемная жажда наслаждений и моральной неразборчивости» [2].

К примерам непосредственного влияния социальных факторов на психическое здоровье больших групп населения можно отнести революционный невроз, описанный во время революции 1879 г. во Франции (О. Кабанес, Л. Насс) [3], выделенную в США в 20-х гг. XX в. в период Великой депрессии неврастению («американский невроз»), приобретенную психопатию, концепция которой разработана П.Б. Ганнушкиным [4], и другие субнозологические формы непсихотических психических расстройств (см. таблицу).

В 1991 г. на основе анализа состояния психического здоровья населения России и бывших республик Советского Союза было высказано предположение о наличии группы так называемых социально-стрессовых расстройств (ССР), определяемых складывающейся психогенно-актуальной для большого числа людей социально-экономической и политической ситуацией (Александровский Ю.А.)* [5]. В течение последующих нескольких лет опыт работы по оказанию помощи лицам с психической дезадаптацией, возникшей в условиях социальных изменений в постсоциалистическом обществе, и пациентам с невротическими и психосоматическими расстройствами позволил дать более подробную характеристику ССР. При этом обращено внимание на то, что к числу основных причин их возникновения в России в 90-е гг. XX в.

¹ Впервые статья о социально-стрессовых расстройствах была опубликована в 1992 г. в «Обзоре психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева». Предложение о включении в МКБ-10 было сделано Ю.А. Александровским на 7-м Международном конгрессе по социальной психиатрии в Вашингтоне в октябре 1992 г. [6].

Примеры диагностических обозначений, появившихся во второй половине XX в.

Examples of diagnostic designations that appeared in the second half of the 20th century

Диагностическое обозначение расстройства	Автор, год
Патологическое горе	Liderman E., 1944
Боевое утомление	Bartemeor L., 1946
Синдром узников концентрационных лагерей	Franke V., 1959; Niederland, 1964
Посттравматический невроз выживших	Leopold R., 1936
Большая стрессовая реакция	Bourne P., 1970
Военный (травматический) невроз	Levy C., 1971; Bourne P., 1972
Синдром изнасилованных	Burges A., 1974
Постэмоциональный синдром	Poiso Y., 1976
Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)	Figley C.R., 1978; Wieson J., 1978; Horowitz M. et al., 1980
Социально-стрессовые расстройства (ССР)	Александровский Ю.А., 1991
Вьетнамский, Чеченский и др. синдромы	

могут быть отнесены экономический и политический хаос, безработица, обострение межнациональных конфликтов, спровоцировавших локальные гражданские войны и появление миллионов беженцев. Большое значение имели и расслоение общества по материальному обеспечению, рост гражданского неповиновения и преступности. Нормализация общего состояния в стране способствовала устранению многих социально значимых причин ССР и снижению частоты их возникновения. Однако, как показывают клинические наблюдения, затянувшийся характер макросоциального неблагополучия способствовал распаду привычных социальных связей, множеству мелких внутриличностных и межличностных конфликтов, при которых переживания личного опыта становятся значимыми социальными факторами развития состояний психической дезадаптации.

У многих людей появляется переосмысление жизненных целей, крушение устоявшихся идеалов и авторитетов, утрата привычного образа жизни, потеря собственного достоинства. Все это сопровождается тревожной напряженностью, развитием кризиса идентичности личности и различными вариантами ССР.

Критерии диагностики ССР, их основные варианты, причины возникновения, клинические проявления и дифференциально-диагностические признаки представлены ниже.

Критерии диагностики ССР

А. Условие (причины) и особенности субъективных переживаний:

- коренное изменение общественных отношений, выходящее за рамки обычного опыта;
- смена системы культурных, идеологических, моральных, религиозных представлений, норм и ценностей, остававшихся неизменными на протяжении жизни прошлых поколений;
- изменение социальных связей и жизненных планов;
- нестабильность и неопределенность жизненного положения.

Б. Особенности поведения:

- заострение личностно-типологических черт характера*;
- развитие гиперстении (вплоть до саморазрушающей нецелесообразности), гипостении, панических реакций, депрессивных, истерических и других нарушений;
- утрата «пластичности общения» и способности приспосабливаться к происходящему с сохранением перспектив в целенаправленных действиях;
- появление цинизма, склонность к антисоциальным действиям, возникновение чувства неудовлетворенности, опустошения, постоянной усталости, тягостное ощущение того, что происходит что-то неладное. При этом трудно осознается нарастающее ухудшение своего здоровья, вследствие чего активные обращения к врачам и психологам крайне редки.

Основные причины возникновения и динамики ССР

- Макросоциальные общегрупповые психогении (социогении), изменяющие стереотип жизнедеятельности больших контингентов населения и опосредованно формирующие индивидуально значимые микросоциальные духовные, семейные, профессиональные и другие психотравмирующие факторы.
- Социально-стрессовые обстоятельства, носящие хронический, растянутый во времени характер, их динамика, что непосредственно определяет компенсацию и декомпенсацию невротических нарушений.
- Ухудшение соматического здоровья.
- Усиление декомпенсации невротических и патохарактерологических нарушений под влиянием биогенного воздействия экологических вредностей.

Клинические проявления

Психические нарушения при ССР обусловлены общими механизмами развития состояния психической дезадаптации с преобладанием неспецифических (особенно в первый период развития болезненных нарушений) простых (малых) синдромов невротического уровня. Они могут иметь самостоятельное диагностическое значение, хотя наиболее часто наблюдаются предневротические нарушения, служащие базой для формирования собственно невротических и психосоматических расстройств.

Наиболее часто наблюдаемые непсихотические нарушения:

- вегетативные дисфункции;
- нарушения системы «сон – бодрствование»;
- астенические расстройства;
- истерические расстройства;
- панические расстройства;
- психосоматические расстройства.

* Под влиянием стрессовых социальных преобразований можно наблюдать изменение характера многих людей и формирование нового стереотипа в их жизнедеятельности.

Основные варианты ССР

1. Непатологические (психофизиологические) преболезненные реакции. К их основным проявлениям относят:
 - эмоциональную напряженность;
 - декомпенсацию личностных акцентуаций;
 - вегетативные дисфункции;
 - гипостению;
 - гиперстению;
 - инсомнию.

Указанные проявления носят преходящий характер, непосредственно связаны с реакцией на социально-стрессовые обстоятельства.

2. Адаптивные реакции, в том числе расстройства невротического уровня с преобладанием:
 - неврастении;
 - депрессии;
 - истерии.

Клиническое выражение реакции возникает под влиянием индивидуально значимого конкретного обстоятельства, но готовность к ней определяется для человека социально изменившимся фоном.

3. Невротические состояния с преобладанием:
 - депрессии;
 - тревожно-фобических расстройств;
 - сенестоипохондрии;
 - других расстройств.

Хронизация невротических расстройств при неразрешении вызвавших их социально обусловленных причин ведет:

- к невротическому (патохарактерологическому) развитию личности;
- психосоматическим расстройствам;
- алкоголизму, токсикомании, наркоманиям;
- реакциям социального протеста с противоправными действиями.

Динамика социально-стрессовых расстройств в условиях продолжающихся социогенных лично значимых психотравмирующих факторов

- Непатологические (психофизиологические) реакции продолжаются несколько дней. Их редукция во многом связана с исчезновением конкретной причины, вызвавшей состояние дезадаптации, и появлением возможности выхода из сложившейся ситуации.
- Психогенные адаптивные реакции – до 6 мес.
- Невротические и соматоформные расстройства существуют длительное время. При этом во многих случаях непосредственная связь с индивидуально значимой первопричиной возникновения ССР потеряна.
- Невротическое (патохарактерологическое) развитие личности возникает при наличии стабильных невротических расстройств через 3–5 лет.

Динамика ССР в известной степени напоминает развитие всех стадий адаптивно-защитных реакций организма, вызванных воздействием не только физической, но и психической травмы. В классической формулировке Г. Селье [7], как известно,

подчеркивается, что стрессовое состояние проявляется специфическим синдромом, который отражает «неспецифически вызванные изменения в биологической системе». В соответствии с этим при ССР, как и при большинстве психогенных расстройств, можно говорить о специфике неврогенеза и соответствующих психических нарушений только в том смысле, что они проявляются неспецифическими симптомами и синдромами невротического уровня. При этом общим биологическим эндокринно-биохимическим механизмом стресса (реакция тревоги по Г. Селье) с фазами шока и противошока формируются 3 последовательно включающихся этапа. Во-первых, этап длительно протекающей реакции тревоги, продолжающей противошоковую попытку приспособиться (адаптироваться) к изменившимся макросоциальным (социогенным) условиям. Во-вторых, этап относительного приспособления к жизни в изменившихся условиях (этап резистентности). В-третьих, этап истощения, сменяющий в условиях продолжающейся психогении состояние напряженного резистентного покоя. Первый этап формирует у многих людей активное противостояние изменившимся условиям жизни, второй (при невозможности адаптироваться к новым условиям) вызывает прежде всего астено-апатическое безразличие, а третий является базой для формирования многих форм и вариантов невротических и соматоформных расстройств.

Выделение ССР – пример анализа влияния социальных условий жизни на диагностические подходы и понимание патоморфоза психогенных и соматоформных психических расстройств. Оно отражает потребность практики в оценке сложившейся ситуации и сопоставлении, с одной стороны, изменений социально-экономической и политической ситуации, затронувшей десятки миллионов людей, а с другой – нарушений психического здоровья населения. На основании этого нами предложено введение в блок L1-6B43/МКБ-11 «Расстройство адаптации» дополнительной позиции 6B43.1. «Социально-стрессовое расстройство (ССР)», что может расширить группу психогенных и социогенных расстройств и способствовать дифференцированной диагностической оценке пациентов с непсихотическими психическими расстройствами.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Rybakov F.E. *Mental disorders in connection with recent political events*. M.;1906. (in Russian)
2. Jaspers K. *General Psychopathology*. M.: Praktika;1997. (in Russian)
3. Kunin A.S. *Psychiatric sketches of Franch revolution 1789*. Jerusalem: Oniks. (in Russian)
4. Hannushkin P.B. *Selected Works*. M.: Meditsina; 1964. (in Russian)
5. Aleksandrovsky Yu.A. Social stress disorders. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 1992;(2):5–10. (in Russian)
6. Alexandrovsky Y.A. Perestroika in the USSR: Psychological Maladjustment under Social Stress. *American Academy of Psychiatry and the Law*. 1992 December;17(3):90–92.
7. Selye H. *Stress without Distress*. Philadelphia&New York: J.B. Lippincott Company; 1974.

<https://doi.org/10.34883/PI.2024.15.4.005>



Дукорский В.В.^{1,2} ✉, Зайцева Л.Л.³, Остянко Ю.И.², Скугаревский О.А.¹

¹ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

² Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь, Минск, Беларусь

³ Институт переподготовки и повышения квалификации судей, работников прокуратуры, судов и учреждений юстиции Белорусского государственного университета, Минск, Беларусь

Моральный вред, причиненный преступлением, или психическая травма? (Анализ позиции следователей)

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция исследования и написание текста – Дукорский В.В.; редактирование – Зайцева Л.Л.; разработка дизайна исследования – Остянко Ю.И., постановка проблемы – Скугаревский О.А.

Подана: 18.09.2024

Принята: 21.10.2024

Контакты: vl.dukorsky@tut.by

Резюме

В настоящей статье представлены мнения следователей о правовой категории «моральный вред» и проблемах ее использования для защиты прав потерпевших от преступлений. В анонимном анкетировании по данному вопросу приняли участие 147 следователей Следственного комитета Республики Беларусь (далее – Следственного комитета) из всех регионов Беларуси. Результаты их анкетирования показали, что в соответствии с практическим опытом следователей около половины потерпевших от насильственных действий очень редко самостоятельно заявляют иски о компенсации морального вреда. Значительная часть опрошенных видит необходимость совершенствования обсуждаемой правовой категории. Около половины респондентов посчитали, что вместо термина «моральный вред» необходимо использовать термин «психическая травма», а также положительный зарубежный опыт в данном вопросе с учетом национальных медико-правовых традиций. Значимо большая часть опрошенных положительно относятся к внедрению специализированных тестовых методик для подтверждения «психической травмы», а также к внедрению инструментальных методов (айтрекинга). Кроме того, значимо большая часть анкетированных высказалась в пользу необходимости внедрения правовых норм, которые бы позволили максимально сократить участие потерпевшего от насильственных действий в уголовном процессе с целью избежать риска его повторного (дополнительного) травмирования. Также следователи поддержали идею создания специализированного фонда финансовой помощи потерпевшим (для оплаты психологической, медицинской, социальной, юридической помощи и иных расходов).

Ключевые слова: потерпевший от преступления, вред, причиненный преступлением, психическая травма, моральный вред, психическое расстройство, вред здоровью, охрана психического здоровья, следователь

Dukorsky V.^{1,2} ✉, Zaitseva L.³, Ostianko Yu.², Skugarevsky O.¹

¹ Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

² State Forensic Examination Committee of the Republic of Belarus, Minsk, Belarus

³ Institute for Retraining and Qualification Upgrading of Judges, Prosecutors, and Legal Professionals at the Belarusian State University, Minsk, Belarus

Moral Injury Caused by a Crime or Psychological/ Psychiatric Injury? (Analysis of the Investigators' Position)

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: concept of the study and writing of the text – Dukorsky V.; editing – Zaitseva L.; development of the research design – Ostyancko Yu., problem statement – Skugarevsky O.

Submitted: 18.09.2024

Accepted: 21.10.2024

Contacts: vl.dukorsky@tut.by

Abstract

This article presents the opinions of investigators on the legal category of "moral injury" and the problems of its use to protect the rights of victims of crimes. 147 investigators of the Investigative Committee of the Republic of Belarus from all regions of Belarus took part in an anonymous survey on this issue. The results of the survey of investigators of the Investigative Committee showed that, in accordance with their practical experience, about half of victims of violent acts very rarely independently file claims for moral injury. A significant part of the respondents sees the need to improve the topic under discussion. About half of the respondents believed that instead of the term "moral injury" it is necessary to use the term "psychological/psychiatric injury" and positive foreign experience in this matter, taking into account national medical and legal traditions. A significantly larger part of the respondents has a positive attitude to the introduction of specialized test methods for confirming "psychological/psychiatric injury", as well as to the introduction of instrumental methods (eye tracking). In addition, the significance of the majority of the surveyed expressions is in favor of the need to implement legal norms that would allow for the maximum reduction of the participation of the victim of violent actions in the criminal process in order to avoid the critical impact of his additional (additional) trauma. The investigators also supported the idea of creating a specialized fund for financial assistance to victims (to pay for psychological, medical, social, legal assistance and other expenses).

Keywords: victim of a crime, harm caused by a crime, psychological/psychiatric injury, moral injury, mental disorder, harm to health, mental healthcare, investigator

■ ВВЕДЕНИЕ

Законодательный механизм компенсации потерпевшему его психических страданий реализуется с помощью правовой категории «моральный вред». Нормативно-правовое регулирование компенсации психических страданий (морального вреда)

и трудности реализации данного правового механизма обсуждались авторами настоящей статьи в ведущих правовых изданиях Беларуси: журнале Верховного Суда Республики Беларусь «Судовы веснік» [1], журнале Генеральной прокуратуры Республики Беларусь «Законность и правопорядок» [2], журнале Следственного комитета Республики Беларусь «Предварительное расследование» [3], а также журнале Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь «Судебная экспертиза Беларуси» [4]. Мнения судебных экспертов (психиатров и психологов) и прокуроров о категории «моральный вред» были представлены в специализированных медицинских изданиях [5, 6]. В настоящей работе изложен взгляд на данную категорию и перспективы ее совершенствования с позиции следователей Следственного комитета.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Следователями Следственного комитета из всех регионов страны была заполнена анонимная анкета, состоящая из вопросов, посвященных отечественному механизму компенсации потерпевшим их психических страданий (морального вреда), причиненных совершенным в отношении них преступлением. Всего в анонимном анкетировании приняли участие 147 следователей. Исследуемая выборка специалистов состояла из 75 мужчин (51,0%) и 72 женщин (49,0%). Средний возраст респондентов – $32,9 \pm 8,4$ года ($M_o=22$, $M_e=31,0$), средний стаж работы по специальности – $8,7 \pm 7,2$ года ($M_o=1$; $M_e=7,0$). Исследование было поперечным, сравнительным. Метод исследования – анкетирование. Различия в частотном распределении внутри признака между группами оценивались с помощью критерия Пирсона χ^2 с использованием поправки Йейтса. Статистическая обработка данных производилась с помощью программного пакета статистического анализа Statistica 12.0.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Самой распространенной причиной возникновения морального вреда является совершенное в отношении человека преступление. Риск развития психических расстройств наиболее высок при совершении в отношении потерпевших насильственных преступлений. Однако, по мнению белорусских юристов-практиков, отечественный институт возмещения морального вреда, причиненного преступлением, остается мало разработанным и недостаточно востребованным [5, 6]. В соответствии с п. 13 постановления Пленума Верховного Суда Республики Беларусь от 28.09.2000 № 7 «О практике применения судами законодательства, регулирующего компенсацию морального вреда», компенсация такого вреда допускается исключительно по требованию, заявленному самим потерпевшим, либо иными лицами в его интересах. Если данное требование не заявлено, то суд самостоятельно не вправе решать вопрос о компенсации морального вреда. Однако жертвы преступлений достаточно редко заявляют иск о компенсации данного вида вреда.

На вопрос о том, как часто на практике потерпевшие от насильственных преступлений (физической агрессии) самостоятельно заявляют иск о компенсации морального вреда, 44,9% ($\chi^2=16,6$; $p<0,001$) следователей ответили, что потерпевшие очень редко заявляют такой иск, 23,8% респондентов указали, что потерпевшие чаще не заявляют иск (чем заявляют), 4,1% опрошиваемых считают, что примерно половина потерпевших подает исковое заявление о такой компенсации. Только 4,8%

анкетированных указали, что потерпевшие от насильственных действий практически всегда заявляют иск о компенсации морального вреда, а 6,8% респондентов отметили, что подобные потерпевшие чаще иск заявляют, чем не заявляют. Таким образом, суммируя все ответы следователей, можно сделать вывод о том, что значимо большая часть потерпевших от насильственных преступлений не заявляет иски о компенсации морального вреда (психических страданий).

По мнению адвокатов, пассивность потерпевших прежде всего связана с тем, что интересы последних в значительной мере защищает орган уголовного преследования и государственный обвинитель. По указанной причине у многих граждан сложилось твердое убеждение в том, что этого достаточно для защиты их законных прав и интересов [7, 8].

Между тем имеются и правовые основания для существования такого убеждения у белорусских граждан. В главе 3 принятого Советом Министров Республики Беларусь постановления «О Концепции защиты жертв преступной деятельности» от 20 января 2006 г. № 74 (в ред. постановления Совета Министров Республики Беларусь от 02.10.2017 № 737) указано, что орган дознания, следователь, прокурор, должны информировать лицо, заявившее о совершении в отношении него преступления, о возможностях получения юридической, медицинской, психологической и социальной помощи, компенсации за нанесенный ему вред.

В свою очередь в п. 1 постановления Пленума Верховного Суда Республики Беларусь от 30 июня 2005 г. № 6 «О практике применения норм Уголовно-процессуального кодекса Республики Беларусь, регулирующих участие потерпевшего в уголовном процессе» разъясняется, что при производстве предварительного следствия и судебном рассмотрении каждого уголовного дела должны быть приняты все предусмотренные законом меры к выяснению характера и размера вреда, причиненного преступлением (п. 4 ч. 1 ст. 89 УПК), установлению круга лиц, которым этот вред причинен. В п. 4 этого постановления также указано, что орган, ведущий уголовный процесс, обязан разъяснить потерпевшему его права и обязанности, а также предоставить возможность для подачи искового заявления о возмещении вреда.

Следующий вопрос был о том, как часто родственники (или иные близкие люди) потерпевшего от насильственных действий заявляют иск о компенсации их собственного морального вреда (переживаний, связанных со страданиями их близкого, который является потерпевшим по уголовному делу). Значимо большее ($\chi^2=14,7$; $p<0,001$) количество респондентов (45,6%) ответили, что очень редко родственники потерпевшего заявляют исковое требование, 25,5% анкетированных заявили, что близкие чаще не заявляют (чем заявляют) иск, 2,7% опрошенных ответили, что примерно половина потерпевших подает заявление о компенсации. Только один следователь (0,7%) указал, что родственники и близкие люди потерпевших заявляют иск практически всегда, 3,4% следователей отметили, что родственники потерпевших чаще иск подают, чем не подают. Несмотря на столь низкую обращаемость за компенсацией родственниками потерпевших от насилия, специалистам хорошо известно, что среди близких людей таких потерпевших достаточно распространена «травма свидетеля» (викарная, или вторичная, травма), которая возникает у него в силу эмоционального вовлечения. По своей выраженности такая травма может соответствовать уровню посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) или тяжелому депрессивному эпизоду [9, 10].

Следующий вопрос был связан с привлечением адвоката потерпевшими от насильственных действий (физической агрессии) для защиты своих прав и законных интересов. По опыту почти половины опрошенных следователей (46,3%; $\chi^2=14,6$; $p<0,001$), потерпевшие очень редко обращаются к помощи адвокатов. По мнению 25,9% респондентов, потерпевшие чаще не привлекают адвоката (чем привлекают), 4,1% опрошенных отметили, что, по их мнению, потерпевших, привлекающих и не привлекающих к своей защите адвокатов, примерно равное количество. В практике только 3,4% опрошенных сотрудников Следственного комитета потерпевшие привлекают адвоката почти всегда, а 9,5% следователей отметили, что потерпевшие чаще привлекают адвоката для защиты своих прав, чем не привлекают.

В данной ситуации многое зависит от своевременного информирования потерпевших об их правах, в том числе о праве иметь адвоката-представителя, что должно им разъясняться как можно раньше. Согласно сведениям, полученным от самих адвокатов, потерпевшие крайне редко пользуются их юридической помощью в уголовном процессе. Так, статистические данные за 2004 год показывают, что адвокатами республики только 1% от общего количества поручений по ведению уголовных дел было выполнено в интересах потерпевших [7, 8]. К сожалению, за прошедшие двадцать лет эта цифра существенно не изменилась.

Вместе с тем участие адвоката в качестве представителя потерпевшего позволяет последнему не только более успешно реализовывать защиту своих прав и законных интересов, но и снижает повторную психическую травматизацию (вторичную виктимизацию) потерпевшего от столкновения с ситуацией травмирования [11].

Между тем в главе 3 вышеназванного постановления Совета Министров Республики Беларусь «О Концепции защиты жертв преступной деятельности» указана необходимость рассмотреть вопрос о введении в законодательство норм, предусматривающих возможность бесплатного выделения адвокатов для потерпевших от преступлений при желании последних, которые бы выступали в уголовном процессе в качестве их представителей.

В результате выполнения адвокатом функции представителя потерпевшего, их сотрудничества, а также максимально раннего привлечения адвоката к защите прав потерпевшего, нивелируются несколько обстоятельств, затрудняющих реализацию последним своих законных интересов. Так, например, многие потерпевшие вовсе не знают о возможности получения денежной компенсации своих психических страданий. Также все еще имеет место стигматизация жертв сексуального насилия, которая является причиной чувства стыда и вины у потерпевших, что является субъективным (как и боязнь обвиняемого), но весьма значимым препятствием для отстаивания своих прав.

В то же время существуют исключительно медицинские (психиатрические) причины необращаемости потерпевших за денежной компенсацией. Этими причинами являются симптомы психических расстройств либо переживаний доклинического уровня: тревоги, депрессии, фобии, панические атаки или ПТСР (избегание ситуаций, напоминающих обстоятельства получения травмы). Все это приводит к тому, что часто потерпевшие всячески уклоняются от любых событий, напоминающих им о ситуации травмирования.

Полагаем, что привлечение адвоката – представителя потерпевшего позволит ему всесторонне оценить ситуацию, в том числе приблизительно спрогнозировать

влияние психической травмы не только на жизнь потерпевшего в ближайшее время, но и на его последующую жизнь, и, как следствие, заявить гражданский иск, определив обоснованную сумму денежной компенсации. Кроме того, именно адвокат в ходе предварительного следствия и судебного разбирательства может привлечь специалиста сферы охраны психического здоровья как для оценки психической травмы и ее последствий, так и для актуальной помощи потерпевшему.

Вместе с тем мнения следователей относительно нуждаемости потерпевших от насильственных действий в обязательной помощи адвоката разделились почти поровну. Так, 49,7% респондентов указали, что адвокат необходим, поскольку в связи с перенесенным стрессом большинство потерпевших не могут сами полноценно отстаивать свои права и пытаются побыстрее разрешить ситуацию (даже во вред себе), а 48,3% респондентов ответили, что в обязательном привлечении адвоката нет необходимости, если же она возникает, то потерпевшие сами могут его пригласить.

Кроме привлечения адвоката за счет государства, существует и второй вариант реализации этого предложения: путем обеспечения оплаты его услуг за счет особого финансового фонда. Большинство следователей (78,9%; $\chi^2=107,9$; $p<0,001$) положительно отнеслись к идее создания специализированного фонда финансовой помощи потерпевшим. Этот фонд может обеспечить оплату не только юридической помощи адвоката, но и оказание качественной психологической, медицинской, социальной и других видов помощи, а также иных необходимых расходов. Между тем идею создания такого фонда уже на протяжении многих лет пытается продвигать Следственный комитет [12].

В настоящее время согласно п. 19 ст. 50 УПК потерпевший имеет право получать возмещение расходов, понесенных при производстве по уголовному делу. Вместе с тем, по информации, полученной от адвокатов, отдельные суды отказывают во взыскании расходов по оплате юридической помощи адвоката в качестве представителя потерпевшего. Однако другие суды взыскивают указанные суммы с обвиняемых [7, 8].

Следующий вопрос к сотрудникам Следственного комитета касался необходимости внедрения правовых норм, которые бы позволили максимально сократить участие потерпевшего в уголовном процессе с целью избежать риска его повторного (дополнительного) травмирования. Больше половины ($\chi^2=59,3$; $p<0,001$) респондентов (71,4%) отнесли к этой идее положительно. Отрицательно к указанной идее отнесли 25,9% опрошенных, поскольку считают, что подобные нормы существенно усложнят следственную деятельность.

Очередной вопрос был посвящен оценке соответствия правовой категории «моральный вред» современному состоянию науки и практики. Среди респондентов преобладал ответ: «Правовая категория «моральный вред» требует незначительной доработки» (42,9%). Далее по частоте следовал ответ: «Правовая категория «моральный вред» полностью выполняет свою функцию и в доработке не нуждается» (31,1%), а также «Правовая категория «моральный вред» требует глобального переосмысления» (21,1%). Статистически значимые различия есть по всем трем вариантам ответа ($p=0,05$). Вместе с тем с учетом суммирования первого и третьего вариантов ответа (64,0%), можно утверждать ($\chi^2=32,9$; $p<0,001$), что так или иначе сотрудники Следственного комитета видят необходимость корректировки обсуждаемой нами правовой категории.

Само название данной юридической конструкции «моральный вред» несколько неудачное, поскольку в общественном дискурсе этот термин наделяется скорее философским смыслом и не отражает психических страданий человека. Такое понимание указанного термина ставит в тупик потерпевших, когда на предварительном следствии или в судебном заседании о наличии у них морального вреда спрашивает следователь, прокурор или судья. Более того, в научном обороте существует психолого-психиатрическая концепция морального вреда, которая в полной мере соответствует своему названию (нарушение собственных ценностей, которое приводит к страданиям), в отличие от обсуждаемой нами отечественной правовой категории [13–18].

В связи с вышеизложенным и был задан вопрос следователям о том, целесообразно ли отечественную правовую категорию «моральный вред» заменить на принятую в мировом медико-правовом сообществе конструкцию «психическая травма» [19–24]. Значимо большая ($\chi^2=2,7$; $p<0,001$) по количеству ответов часть респондентов (49,0%) считала, что необходимо использовать термин «психическая травма» и положительный зарубежный опыт в данном вопросе с учетом национальных медико-правовых традиций. Вторая часть опрошенных (38,8%) не сочла целесообразным что-либо менять. О необходимости заменить только название на более соответствующее – психическая травма – заявили 7,5% респондентов. При этом значимая часть респондентов отметила необходимость дальнейшего совершенствования правовой категории «моральный вред».

Не менее важным моментом является определение круга специалистов, на основании компетентного мнения которых судом будет приниматься решение о наличии и выраженности психической травмы (морального вреда), а также решение о наличии или отсутствии причинно-следственной связи между преступлением и психической травмой. Большинство опрошенных ($\chi^2=5,2$; $p=0,02$) считают, что для принятия таких решений необходимо привлечь судебного психиатра и/или психолога (36,7%). Далее следовали ответы: для таких целей необходимо привлечь специалиста, имеющего соответствующую лицензию (23,8%); достаточно медицинских документов и внутреннего убеждения судьи (20,4%); необходимо привлечь любого специалиста сферы охраны психического здоровья (14,8%). Полагаем, что привлечение квалифицированных психиатров и психологов является обязательным условием обеспечения всестороннего и объективного судебного разбирательства с целью установления наличия психической травмы и степени ее выраженности.

Более того, по мнению авторов, наилучшим решением было бы введение отдельной лицензируемой деятельности в указанной сфере. Как показывает опыт зарубежных стран [19–24], где она уже достаточно развита, нередко имеют место крайне полярные оценки наличия либо отсутствия психической травмы, причиненной преступлением, что существенно затрудняет принятие судом справедливого решения. Для предотвращения таких ситуаций необходимы особые знания, умения и навыки специалистов сферы охраны психического здоровья, которые принимают участие в уголовном процессе.

Весьма важным является дифференцированный подход к оценке выраженности психической травмы и установление четких и справедливых критериев для определения суммы денежной компенсации потерпевшим. В вышеуказанном постановлении Совета Министров Республики Беларусь «О Концепции защиты жертв

преступной деятельности» обращается внимание на необходимость выработки оптимальных научных методик определения денежных эквивалентов причиненного потерпевшим в результате преступлений имущественного, физического и морального вреда. Отсутствие четких критериев и алгоритма определения суммы компенсации морального вреда приводит к тому, что суды или значительно уменьшают ее размер [7, 8], или допускают существенные различия в суммах компенсации при наличии практически равных условий причинения вреда потерпевшим.

Большинство следователей (70,7%; $\chi^2=54,0$; $p<0,001$) положительно отнеслись к идее разделения психической травмы на ординарную психическую травму (эмоциональные переживания при отсутствии диагноза психического расстройства в результате преступления) и психическую травму в виде психического расстройства (при установлении соответствующего диагноза). Не поддержали данную идею 27,2% респондентов, ответив: «Такое разделение не подходит, травма (психическое расстройство) либо есть, либо ее (его) нет», что, на наш взгляд, несколько обесценивает перенесенные человеком страдания, которые не достигают по своей выраженности степени психического расстройства. Безусловно, максимально дифференцированная оценка позволит наиболее точно определить размер суммы компенсации и алгоритм ее вычисления, но на начальном этапе предложенное разделение нам кажется первым значимым шагом в указанном направлении.

Далее был поставлен вопрос о том, должна ли ординарная психическая травма (эмоциональные переживания без развития психического расстройства) быть обязательным последствием любого преступления. На этот вопрос около половины следователей (51,7%; $p>0,001$) ответили отрицательно, пояснив, что любую психическую травму необходимо доказывать. Вторая половина респондентов (45,6%) – за наличие психической травмы у потерпевшего по умолчанию даже при незначительном преступлении. Авторам настоящей статьи ближе вторая позиция опрошенных, поскольку, на наш взгляд, ее реализация будет способствовать укреплению справедливости и гуманности белорусского правосудия.

В продолжение темы дифференциации психической травмы было выяснено отношение сотрудников Следственного комитета к созданию и внедрению в отечественное законодательство унифицированного перечня компенсаций в соответствии с видами совершенных в отношении потерпевших преступлений при наличии ординарной психической травмы. Отрицательно к этой идее отнеслось большее количество респондентов (60,5%; $\chi^2=12,3$; $p<0,001$), поскольку «в каждом случае нужно всегда разбираться отдельно», 39,5% опрошенных одобрили данное предложение, так как «это значительно способствует обоснованному и четкому правоприменению». Полагаем, что такой подход позволит обеспечить денежную компенсацию всем людям, перенесшим негативные переживания от совершенных в отношении них правонарушений, а также позволит избежать диспропорции в размерах компенсации по одинаковым преступлениям.

Затем был поставлен вопрос о том, каким образом следует выплачивать компенсации потерпевшим, у которых будет установлена психическая травма в виде психического расстройства. Большинство респондентов (85,0%; $\chi^2=150,0$; $p<0,001$) считают, что в таком случае необходимо выплачивать единовременную денежную компенсацию, установленную в унифицированном перечне компенсаций, а также возмещать расходы на оплату лечения потерпевшего у специалистов сферы

охраны психического здоровья. Отрицательно отнеслись к данной идее 12,9% респондентов.

Следующий вопрос был связан с тем, что зачастую психическая травма у потерпевшего возникает не в результате преступления, а в результате комплекса причин, в том числе следственных и судебных действий (повторяющийся стресс в виде напоминания о случившемся, ретравматизация). Примерно половина опрошенных (55,8%) указала на то, что именно обвиняемый запустил каскад всех событий (совершил травмирующее действие), поэтому он должен в полной мере нести за них ответственность и возмещать причиненный вред. Вторая половина респондентов (42,9%) посчитала, что необходимо отделять результаты воздействия самого правонарушения на психику потерпевшего от сопутствующих факторов. Между мнениями респондентов по этому вопросу выявлены статистически значимые различия ($\chi^2=4,4$; $p=0,04$).

Очередной блок вопросов касался оценки достоверности психической травмы с учетом возможности проявления потерпевшим симуляции или аггравации. Примерно половина респондентов посчитала психиатрическую оценку достаточно достоверной (49,7%), вторая половина опрошенных полагает, что требуются дополнительные инструменты для оценки возможной симуляции (46,9%). Далее было установлено, что большая часть следователей положительно относится к внедрению специализированных тестовых методик для установления психической травмы – 83,7% ($\chi^2=141,7$; $p<0,001$), а также к внедрению айтрекинга (инструментальный метод, основанный на фиксации реакций зрачка и движения глаз) – 69,4% ($\chi^2=63,7$; $p<0,001$).

Весьма важным является мнение опрошенных по поводу того, кто и как должен устанавливать факт элиминации психической травмы (излечения), если она была причинена в форме психического расстройства. В 46,9% случаев ($\chi^2=7,6$; $p=0,006$) сотрудники Следственного комитета ответили, что факт выздоровления должен устанавливать специалист сферы охраны психического здоровья, который занимается непосредственным лечением потерпевшего (во внесудебном порядке). Вторая группа респондентов (30,6%) считает, что факт выздоровления (значительного улучшения) должен устанавливаться в судебном порядке (на основании заключения специалиста, осуществлявшего лечение, или межведомственной комиссии). В 22,4% случаев опрошенные указали, что для этой цели должна быть создана специальная межведомственная комиссия (психиатр, юрист, психолог и т. д.).

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты анонимного анкетирования следователей Следственного комитета показали, что в соответствии с их практическим опытом около половины потерпевших от насильственных действий очень редко самостоятельно заявляют иски о компенсации морального вреда. При этом значительная часть опрошенных видит необходимость совершенствования обсуждаемой правовой категории. Около половины респондентов посчитали, что вместо термина «моральный вред» необходимо использовать термин «психическая травма», а также положительный зарубежный опыт в данном вопросе с учетом национальных медико-правовых традиций. Значимо большая часть опрошенных положительно относится к внедрению специализированных тестовых методик для подтверждения психической травмы, а также к внедрению инструментальных методов (айтрекинга). Кроме того, значимо

большая часть анкетированных высказалась в пользу необходимости внедрения правовых норм, которые бы позволили максимально сократить участие потерпевшего от насильственных действий в уголовном процессе с целью избежать риска его повторного (дополнительного) травмирования. Также следователи поддержали идею создания специализированного фонда финансовой помощи потерпевшим (для оплаты психологической, медицинской, социальной, юридической помощи и иных расходов).

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Skugarevsky O., Ostynko Yu., Dukorsky V. On the way from moral damage to mental trauma. *Judicial Bulletin*. 2021;1:62–66. (in Russian)
2. Skugarevsky O., Evtukhovich E., Dukorsky V. Perspectives of the medical and legal category «psychological/psychiatric injury» within the framework of domestic medical and legal reality. *Law and order*. 2022;63(3):60–63. (in Russian)
3. Skugarevsky O., Mistiukevich D., Dukorsky V. Pre-trial investigation and psychological/psychiatric injury in victims of crime. *Preliminary Investigation*. 2023;1(13):22–26. (in Russian)
4. Ostynko Yu., Dukorsky V., Kamenskov M. The diagnostic value of eye-tracking for forensic psychiatry and sexology. *Forensic Examination of Belarus*. 2023;1(16):47–52. (in Russian)
5. Skugarevsky O., Golubovich V., Ostianko Yu., Dukorsky V. Moral damage vs. psychological/psychiatric injury: analysis of the position of forensic psychiatrists and forensic psychologists. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*. 2024;15(1):119–128. (in Russian)
6. Dukorsky V., Zaitseva L., Ostianko Yu., Skugarevsky O. Moral damage caused by a crime or psychological/psychiatric injury? (analysis of the prosecutors' position). *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*. 2024;16(3):119–128. (in Russian)
7. Andreychik N.I. Participation of a lawyer in ensuring the protection of the rights of the victim in criminal proceedings. *Justice of Belarus*. 2005;4:33–35. (in Russian)
8. Andreychik N.I. Participation of a lawyer in ensuring the protection of the rights of the victim in criminal proceedings. *Justice of Belarus*. 2005;5:31–35. (in Russian)
9. Blix I., Glad K.A., Undset A. et al. «My child could have died»: counterfactual thoughts and psychological distress in parents of trauma survivors. *European Journal of Psychotraumatology*. 2024;15(1):2326736. DOI: 10.1080/2008066.2024.2326736.
10. Wilcoxon L.A., Meiser-Stedman R., Burgess A. Post-traumatic Stress Disorder in Parents Following Their Child's Single-Event Trauma: A Meta-Analysis of Prevalence Rates and Risk Factor Correlates. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2021;24(4):725–743. DOI: 10.1007/s10567-021-00367-z.
11. Zaitseva L. Restorative justice – an alternative to criminal prosecution. *Judicial practice in the context of the principles of legality and law*. Minsk: 2006;298–306. (in Russian)
12. Bushkevich N. S. On the feasibility of creating a state targeted off-budgetary fund for compensation of harm to victims. *Preliminary Investigation*. 2018;2(4):82–86. (in Russian)
13. Dukorsky V., Skugarevsky O., Ostianko Yu., Dzyakau D. Psychological and psychiatric concept of moral injury. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*. 2024;15(2):226–231. (in Russian)
14. Jameton A. *Nursing practice: the ethical issues*. New York: 1984.
15. Shay J. *Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character*. New York: 2010.
16. Griffin B., Purcell N., Burkman K. et al. Moral injury: An integrative review. *Journal of Traumatic Stress*. 2019; 32(3):350–362. DOI: 10.1002/jts.22362
17. Farnsworth J.K., Drescher K.D., Nieuwsma J.A. et al. The role of moral emotions in military trauma: Implications for the study and treatment of moral injury. *Review of General Psychology*. 2014;18(4):249–262. <https://doi.org/10.1037/gpr0000018>
18. Shay J. Moral injury. *Psychoanalytic Psychology*. 2014;31(2):182–191. <https://doi.org/10.1037/a0036090>
19. Young G. Trends in Psychological / Psychiatric Injury and Law: Continuing Education, Practice Comments, Recommendations. *Psychol. Inj. and Law*. 2010;3(4):323–355. DOI: 10.1007/s12207-010-9092-x
20. Koch W.J., Kevin S.D., Nicholls T.L. et al. *Psychological Injuries: Forensic Assessment, Treatment and Law*. New York: 2006.
21. Young G., Nicholson K., Kane A.W. *Causality of Psychological Injury*. New York: 2007.
22. Association for Scientific Advancement in Psychological Injury and Law. Available at: Asapil.net (accessed: 19.12.2023).
23. Psychological Injury and Law Journal. Available at: asapil.net/psychological-injury-and-law-journal (accessed: 19.12.2023).
24. Vilariño M., Arce R., Fariña F. Forensic-clinical interview: reliability and validity for the evaluation of psychological injury. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*. 2013;5(1):1–21.



<https://doi.org/10.34883/PI.2024.15.4.009>



Плоткин Ф.Б.

Минский городской клинический наркологический центр, Минск, Беларусь

Когнитивный диссонанс и его роль в формировании *circuli vitiosi* в структуре аддиктивного заболевания

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 27.06.2024

Принята: 09.10.2024

Контакты: felplotkin@mail.ru

Резюме

Приводятся устойчивые алгоритмы принятия решений в норме и особенности этого процесса у аддиктивных пациентов, в том числе вызванные кататимными искажениями приема и переработки информации. Указаны некоторые особенности менталитета наших пациентов, предопределяющие выбор ими стратегии принятия решений. Раскрывается сущность концепции когнитивного диссонанса, объясняющего влияние на феномены человеческого поведения когнитивных факторов. Определяется место когнитивного диссонанса в патогенезе аддиктивного заболевания. Обосновывается необходимость детальной проработки с пациентом в процессе психотерапии имеющихся у него противоречивых потребностей и получаемых «дивидендов» от реализации таких же противоречивых решений.

Ключевые слова: аддиктивное заболевание, принятие решений, когнитивный диссонанс, психотерапия

Plotkin F.

Minsk City Clinical Narcological Center, Minsk, Belarus

Cognitive Dissonance and its Role in the Formation of *Circuli Vitiosi* in the Structure of Addictive Disease

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 27.06.2024

Accepted: 09.10.2024

Contacts: felplotkin@mail.ru

Abstract

Stable algorithms for decision making in normal conditions and the features of this process in addictive patients, including those caused by catathymic distortions in the reception and processing of information, are presented. Some features of the mentality of our patients are indicated that predetermine their choice of decision-making strategy. The essence of the concept of cognitive dissonance is revealed, which explains the influence of cognitive factors on the phenomena of human behavior. The place of cognitive

dissonance in the pathogenesis of addictive disease is determined. The necessity of a detailed study with the patient in the process of psychotherapy of his existing conflicting needs and the dividends received from the implementation of the same contradictory decisions is substantiated.

Keywords: addictive disease, decision making, cognitive dissonance, psychotherapy

Забавно представить себе человеческий дух колеблющимся между двумя равными по силе желаниями. Он, несомненно, никогда не сможет принять решение, ибо склонность и выбор предполагают неравенство в оценке предметов.

М. Монтень [1, с. 733].

Человек обладает свободой и ответственностью, а возможность выбора составляет основу человеческого существования.

К. Роджерс [2, с. 109].

Обращение зависимого пациента за медицинской помощью всегда является результатом принятого им по той или иной причине решения о прекращении злоупотребления. Каким же образом формируются и реализуются решения в норме и каковы особенности этого процесса у аддиктивных пациентов?

Принятие решений является, возможно, одним из основных видов деятельности, характерных для живых существ. Поэтому попытка понять, объяснить и предсказать поведение делающего выбор индивида стала главной задачей поведенческих и социальных наук. Действительно, экономическая теория, психология, социология и политические науки имеют дело с решениями, принимаемыми покупателями, пациентами, избирателями и государственными деятелями [3].

В процессе принятия решений выделяют несколько этапов. Первый этап – формирование целей и задач. Обычно всякий человек формирует свои цели после того, как появляется установка на разрешение некоей проблемной ситуации. Для этого выясняется обстановка, изучаются аналогичные случаи, проводится их анализ. Второй этап рассматриваемого процесса – выработка вариантов возможных действий. Это наиболее творческий и важный момент принятия решения. Третий этап – это выбор предпочтительного варианта. Здесь требуется умение прогнозировать, оценивать альтернативы в их различных аспектах, а затем сводить все данные вместе, чтобы сформировать оптимальное решение. Последний этап на пути принятия решения – создание предпосылок для осуществления выбранного варианта, тщательная и фундаментальная подготовка реализации намеченных действий.

Вообще, при принятии решения в любой сфере человеческой деятельности учитывается большое количество самых разнообразных факторов, как положительных, так и отрицательных, а порой и противоречивых. Из-за этого процесс принятия

решений может затягиваться на многие годы. Эта ситуация прекрасно отражена в известной истории про Буриданова осла, иллюстрирующей парадокс интеллектуального детерминизма. Согласно французскому философу XIV в. Ж. Буридану, при выборе одного из возможных решений воля контролируется разумом. Она действует лишь в том случае, если разум предпочтет одну из возможностей как наилучшую и даст импульс воле, которая и выберет эту возможность. Но если разум сочтет все имеющиеся возможности равноценными, то воля не будет действовать: осел, помещенный на равном расстоянии от двух одинаковых охапок сена, умрет от голода, ибо разум не сможет побудить волю к выбору [4].

Одна из наиболее ярких поэтических иллюстраций, отражающих сложный процесс принятия решений, – монолог «Быть или не быть?» Гамлета в одноименной трагедии У. Шекспира:

«...Так всех нас в трусов превращает мысль,
И вянет, как цветок, решимость наша
В бесплодье умственного тупика.
Так погибают замыслы с размахом,
Вначале обещавшие успех,
От долгих отлагательств...» [5]

Характеризуя процесс принятия решений, Р. Мэй отмечает, что «...познавание всегда предполагает решение (например, выбор, который вы собираетесь совершить)... Решение всегда содержит некий элемент, который не только не предопределен внешней ситуацией, но даже не дан в ней; решение предполагает скачок, случайность, движение "я" в направлении, которое невозможно до конца предвидеть перед этим скачком. И оказавшись в этой новой ситуации, зрелый человеческий индивид (т. е. тот, кто не зависит от жестких ограничений, налагаемых невротической импульсивной моделью поведения) готов принять новый взгляд, новое "решение"... Я убежден, что процесс формирования решения присутствует в каждом акте осознания» [6, с. 33].

«Равно в смысле техническом, биологическом, как и психологическом, – подчеркивает А. Кемпински, – решение требует значительных затрат энергии. В электронных машинах большая часть энергии расходуется на выработку "решения", а сам сигнал использует минимальные количества энергии. Человеческий мозг использует около 1/5 всей энергии, потребляемой организмом. Из собственного опыта известно, сколь трудными бывают решения в жизни человека, сколько вызывают колебаний, беспокойства, внутренней борьбы, как часто бывают причиной чувства вины. В основе неврозов нередко лежит невозможность принятия решения (не всегда при этом речь идет о сознательных решениях, так называемых волевых актах, но чаще о бессознательных, например, в случаях противоположных эмоциональных установок)» [7, с. 117].

Впрочем, об этом писал еще А. Шопенгауэр: «Ведь интеллект узнает решения воли только а posteriori и эмпирически, поэтому, когда ему предстоит выбор, у него нет данных о том, какое решение примет воля. Ибо умопостигаемый характер, в силу которого при данных мотивах возможно только одно решение и потому решение необходимое, не познается интеллектом, а постепенно, своими отдельными актами,

ему становится известен лишь эмпирический характер. Вот почему познающему сознанию (интеллекту) кажется, будто в каждом данном случае для воли одинаково возможны два противоположных решения... Обыкновенно в пользу одного решения говорят дальновидные разумные соображения, а в пользу другого – непосредственная склонность... Интеллект может при этом лишь ярко и всесторонне высветить особенности мотивов, но он не в силах определить самую волю, ибо она совершенно недоступна для него и даже, как мы видели, непостижима» [8, с. 281–282].

О роли бессознательных механизмов в процессе принятия решений рассуждает А. Тихомиров: «Человек является сознательным существом в том смысле, что его центр принятия решений находится под контролем сознания. Дух же и эго управляют человеком косвенно, с помощью импульсов, которые человек воспринимает как желания (осознанные или не совсем либо неосознанные) или запреты (также осознанные или нет)... Проблема заключается, в частности, в том, чтобы разобраться в своих внутренних импульсах не вообще, а в каждой конкретной ситуации, в которой часто интересы человека и окружающих сильно связаны, перепутаны и основную роль, как всегда, играет не внешняя канва событий, а подсознательные мотивы, оценки и устремления. Сознательным следовало бы назвать человека, способного разобраться в том, откуда идут его внутренние импульсы (желания, мысли, настроения, мечты и т. д.) и действовать в соответствии с этим» [9].

Важную роль подсознательных механизмов в самом процессе принятия решений подчеркивает также и К.Г. Юнг, по мнению которого «в этом будет легче разобраться, если вначале мы осознаем, что идеи, с которыми мы имеем дело в нашей, по всей видимости, дисциплинированной жизни, совсем не так ясны, как нам хотелось бы верить. Напротив, их смысл (и эмоциональное значение для нас) становится тем менее точным, чем ближе мы их рассматриваем. Причина же кроется в том, что все, что мы слышали или пережили, может становиться подпороговым, то есть может погружаться в бессознательное. И даже то, что мы удерживаем в сознании и можем воспроизвести по собственному желанию, приобретает бессознательные оттенки, окрашивающие ту или иную мысль всякий раз, как мы ее воспроизводим. Наше сознательное впечатление быстро усваивает элемент бессознательного смысла, который фактически значим для нас, хотя сознательно мы не признаем существование этого подпорогового смысла или того, что сознательное и бессознательное смешиваются и результируют являющийся нам смысл» [10, с. 41].

«Всем бы хотелось, чтобы предупреждающий звонок громко звенел каждый раз, как только нам грозит ошибка, но такого звонка нет, – сетует Д. Канеман, – а когнитивные иллюзии обычно намного труднее распознать, чем иллюзии восприятия. Голос разума может быть гораздо слабее громкого и отчетливого голоса ложной интуиции, а полагаться на интуицию не хочется, если предстоит принять важное решение» [11]. «Междуособица разума и страстей, – констатировал Б. Паскаль, – в человеке. Будь у него только разум... Или только страсти... Но, наделенный и разумом, и страстями, он непрерывно воюет сам с собой, ибо примиряется с разумом, только когда борется со страстями, и наоборот. Поэтому он всегда страдает, всегда раздираем противоречиями» [12, с. 178]. Как показали эксперименты Б. Либета (1983), «даже наши простейшие сознательные действия на самом деле предопределены. Мы думаем, что делаем выбор. В то время как на деле наш мозг этот выбор уже сделал. Следовательно, ощущение, что в этот момент мы делаем выбор, не более чем иллюзия. А если ощущение,

что мы способны делать выбор, есть иллюзия, то такая же иллюзия – наше ощущение, что мы обладаем свободой воли» (цит. по: [13, с. 109]).

«Важным выбором управляют совершенно незначительные детали ситуации, – сожалеет Д. Канеман*. – Это неприятно: не так нам хотелось бы принимать важные решения. Более того, не так мы представляли себе работу мозга. К сожалению, свидетельства этих когнитивных иллюзий неоспоримы» [11]. По наблюдению Э. Фромма, «возможность свободного решения мы будем иметь лишь в том случае, если осознаем, каковы реальные возможности, между которыми мы будем выбирать, и каковы не-реальные возможности, соответствующие субъективным пожеланиям. С помощью последних мы пытаемся увильнуть от трудноразрешимой задачи сделать выбор между альтернативами, которые реально существуют, но не нравятся индивиду или обществу» [14, с. 102].

В комфортном варианте стратегия принятия решений должна быть такова, чтобы выбранная альтернатива рассматривалась как привлекательная, а невыбранная – как непривлекательная. После того как субъект принимает решение, в котором выбранная альтернатива не имеет явного преимущества перед невыбранной, он переживает чувства дискомфорта, которые в литературе часто называют когнитивным диссонансом: выбор индивида представляется ему несовместимым – диссонирующим – с его ценностями.

Концепция когнитивного диссонанса – теория, выдвинутая американским психологом Л. Фестингером в 1957 г., – проясняет влияние на феномены человеческого поведения когнитивных компонентов, таких как мнение, ценности, значимости, намерения, верования [15]. Центральный тезис: сам диссонанс есть отрицательно-побудительное состояние субъекта, которое возникает в ситуациях-обстоятельствах, когда он сам симультанно вынашивает два психологически оппозиционных знания – мнение и понятие – об одном и том же объекте-субъекте; само же состояние диссонанса и переживается субъективно как дискомфорт, доходящий порой до уровня внутреннего конфликта, от которого необходимо немедленно избавиться путем трансформации одного из компонентов диссонансных знаний либо путем заполнения нового компонента. Субъект, стремясь усилить оправдание своего поступка, трансформирует акты своего поведения либо изменяет свое отношение к объектам-субъектам, с которыми закоррелирован сам поступок, акт поведения [16].

По классическому определению Л. Фестингера, когнитивный диссонанс – это несоответствие между двумя когнитивными элементами (когнициями): мыслями, опытом, информацией и т. д., – при котором отрицание одного элемента вытекает из существования другого, и связанное с этим несоответствием ощущение дискомфорта. Брем (Brehm, 1956) обнаружил паттерн редукции диссонанса: когда выбор из ряда возможностей уже осуществлен, он начинает казаться индивиду более правильным и предпочтительным, чем раньше, а отвергнутые возможности тот стремится обесценить. Брем, таким образом, нашел эмпирическое подтверждение существования защитного механизма рационализации, который используется для разрешения противоречия между двумя когнициями. Аронсон (Aronson, 1992) так объясняет

* Израильско-американский психолог, лауреат Нобелевской премии по экономическим наукам в 2002 г. за «интеграцию достижений психологии в экономическую науку, в особенности касающихся человеческих суждений и принятия решений в условиях неопределенности».

лежащий в основе этого феномена когнитивный процесс: «Принятие решения продуцирует диссонанс: когниции, касающиеся негативных аспектов выбранного объекта, диссонируют с фактом его выбора, а когниции, касающиеся позитивных аспектов невыбранного объекта, диссонируют с фактом его отвержения. Чтобы уменьшить диссонанс, люди подчеркивают позитивные атрибуты выбранного объекта, игнорируя негативные, и подчеркивают негативные атрибуты отвергнутого, забывая о его позитивных качествах» [17].

Все конкретные способы снижения диссонанса делятся на четыре общие категории. Диссонанс можно снизить с помощью: 1) аннулирования или изменения решения, установки или действия; 2) уменьшения значимости когниций или принятых решений; 3) привнесения дополнительных консонансных элементов с целью изменения соотношения диссонансных и консонансных элементов; 4) приема успокаивающих препаратов или алкоголя для прямого снижения вызванного диссонансом дискомфорта [18].

Общие стратегии принятия решений распространяются, естественно, и на наших зависимых пациентов и касаются выбора решений в различных сферах их жизни, в том числе в ситуациях принятия ими решений о прекращении злоупотребления, о необходимости пройти курс лечения и о выборе его метода. Некоторые из зависимых от алкоголя пациентов старшего возраста, которые вновь и вновь обращаются за помощью в государственные наркологические учреждения, выросли и были воспитаны в условиях советского тоталитарного режима, когда им многие годы навязывались готовые стереотипы поведения и стратегии (алгоритмы) принятия решений, выдаваемые за заботу государства о гражданах. В их прежней жизни возможности выбора исчерпывались лишь тем, что можно было принять или отвергнуть единственный предлагавшийся вариант. У них отсутствует навык тщательно и фундаментально подготавливать реализацию намеченных действий, они привыкли, что за них должен решать кто-то другой*.

Имманентно присущая представителям многочисленного племени аддиктов вера в то, что от любой болезни есть соответствующее лекарство, и настраивает их на поиск методов лечения, связанных с внешним воздействием. «Алкоголики, – подчеркивает В.Ю. Завьялов, – жаждают, чтобы их лечили любыми доступными средствами: "торпедами", "вшиваниями", "кодированием", "лазерным блокированием", "ферментированием" и т. д.»** [20]. Наблюдаемая в действительности популярность одномоментных процедур (и стрессопсихотерапии) свидетельствует об их релевантности определенной ментальности, характерной для некоторых наших сограждан (количество которых со временем становится все меньше и меньше) данной социокультурной реальности, а именно ментальности *homo soveticus*. «Лишенная собственного "я" особь, именовавшаяся на фабрике идеологического производства изделием "советский человек", – замечает А.Ф. Бондаренко, – оказалась на поверку дохристианским варваром, всецело находящимся в плену инфантильно-магического сознания.

* Насколько глубоко сидит в некоторых из нас комплекс *homo soveticus*, четко продемонстрировано в написанной с несколько шокирующей откровенностью, но совершенно блестящей статье С.М. Зубарева «Сарказм рока, или Эдипов конфликт фильмов» [19].

** Детально проблема существования многочисленных методов терапии зависимостей, эффективность которых не подтверждена с позиций доказательной медицины, обсуждена нами ранее [21].

Сознания, не различающего слово и реальность. Сознания, в котором господствует не сила мысли, а сила заклинания. Не авторитет знания, а авторитет покорности. Не логос просветленного истиной чувства, а ритм и жест экстатических состояний шаманов от эстрады» [22].

Нередко наши пациенты принимают решение о необходимости лечения, находясь в измененном эмоциональном состоянии, а ведь в таком состоянии они пребывают почти всегда, ибо и в опьянении, и при синдроме отмены имеется соответствующий сдвиг настроения в том или ином направлении. У аддиктов, по наблюдению И.Н. Пятницкой, «...наиболее наглядной чертой оказывается кататимность. Происходит как бы смещение пропорции соотношения интеллектуального и эмоционального в срезе психического состояния. Эмоциональная настройка определяет отбор впечатлений, их переработку и умозаключение»* [23, с. 60–61].

Изменения в процессе мышления под влиянием эмоций хорошо иллюстрирует высказывание С.Л. Рубинштейна: «Подчиняясь деспотическому господству слепого чувства, мысль начинает порой регулировать стремление к соответствию с субъективным чувством, а не с объективной реальностью <...>, следует "принципу удовольствия" вопреки "принципу реальности"... Эмоциональное мышление с более или менее страстной предвзятостью подбирает доводы, говорящие в пользу желанного решения» [25, с. 369–370]. Как заметил психолог Дж. Хайдт, «эмоциональный хвост виляет рациональной собакой» (цит. по: [11]). По мнению А. Лэнгле, «тот, кто принимает решения только лишь под влиянием моментального состояния (самочувствия), часто отдает предпочтение чувствам и беспрепятственно проявляет их во всей полноте, не живет полноценной жизнью» [26, с. 40–41].

Особенность аддиктивных пациентов заключается в том, что у них, по мнению П.И. Сидорова, «являющаяся следствием длительного потребления психоактивных веществ частичная дефицитарность когнитивных процессов препятствует эффективному подходу к изучению проблемы, ее правильной, адекватной оценке, продуктивному поиску информации о проблеме, выбору конструктивного варианта ее разрешения. Характерна искаженная, однобокая оценка событий и получаемой информации, и отсюда – неспособность правильного анализа ситуации и выделения наиболее значимых ее аспектов» [27, с. 455].

Э. Фромм подчеркивает, что «опаснейшим последствием нарциссической привязанности является потеря рационального суждения... Нарциссическая оценка есть предубеждение, она необъективна. Обычно такое предубеждение так или иначе рационализируется, и эта рационализация <...> может быть более или менее обманчивой. Это искажение обычно легко распознаваемо в нарциссизме алкоголика» [28, с. 54–55].

«Психиатрическая практика, – по наблюдению Ц.П. Короленко и В.Ю. Завьялова, – свидетельствует о том, что при "поломах" рациональной, разумной системы восприятия и осмысления окружающей действительности, нарушениях сознания и самосознания личность человека попадает во власть архаических (фантастических, бредовых, галлюцинаторных) способов обращения с реальной действительностью. Не является исключением и алкоголизм как форма неразумного иррационального поведения, образа жизни и восприятия» [29, с. 69]. Замечательно в этом плане высказывание

* Влияние алкогольной интоксикации на принятие решений рассмотрено нами ранее [24].

К. Роджерса по вопросу о принятии решений: «Когда эти люди были способны принять в сознание все факты относительно себя и собственной ситуации, они были вольны мысленно опробовать все возможности и выбрать наиболее удовлетворительный для себя образ действий. Но тех, кто был не способен принять реальность в сознание, внешние обстоятельства их жизни вынуждали упорно следовать порочной и губительной для них линии поведения. Они были несвободны» [30, с. 111].

В ряде случаев (при аномалиях воспитания, психической патологии) усвоение личностью социально приемлемых норм алкогольного поведения не происходит, и даже самое необузданное пьянство не встречает внутреннего протеста (формы контроля не выработаны)... Механизмом когнитивного диссонанса, безусловно, можно объяснить возникновение ряда симптомов, отнесенных ранее к защитным системам, в частности трансформацию алкогольных установок (расширение диапазона приемлемости), снижение способности к критической оценке своего состояния, поведения [31, с. 126–127].

Каким способом воспользуется человек, испытывающий диссонанс, вызванный конфликтом, к которому привело принятое им решение? Общее правило гласит, что люди выбирают путь наименьшего сопротивления. Другими словами, на самом деле изменяются именно те когниции, которые легче всего поддаются изменению. Некоторые из них более устойчивы, чем другие; к их числу относятся когниции неоспоримые и особенно значимые для способа мышления конкретного человека или для его Я-концепции. Некоторые люди могут непосредственно справляться с неприятным возбуждением, связанным с когнитивным диссонансом, т. е. выходить из этого негативного состояния путем получения немедленного удовлетворения, которое приходит в результате снятия напряжения. В тех случаях, когда имеется возможность с помощью алкоголя ослабить возникающее при диссонансе напряжение, когнитивные изменения уже не являются основным способом снижения диссонанса (Steele et al., 1981). У тех, кто пил слабые или крепкие алкогольные напитки, установки не изменились: эти испытуемые не стали устранять возникшее противоречие между своими установками и поступками. Очевидно, алкоголь непосредственно снижал вызванное диссонансом возбуждение, и у этих испытуемых уже не было потребности приспособлять прежние когниции к своим новым действиям. Исследователи высказывают предположение, что люди со слабыми навыками когнитивной адаптации могут злоупотреблять алкоголем из-за того, что прием алкоголя приводит к снижению диссонанса и таким образом подкрепляется [32].

Не следует забывать о той роли, которую алкоголь играет в жизни человека. К. Бриль-Краммер еще в 1819 г. писал: «Величайшее прискорбие и досада, а особенно угнетающая душевные чувствования, печаль и горечь, возбуждают, по приобретенному уже к сей болезни расположению, невольное и так сказать инстинкту подобное желание горячительных напитков; ибо в таком случае человек употребляет их как бы облегчающее и ободряющее средство, – как такое питье, которое доставляет ему отраду, чем и усиливает в себе несчастную болезнь»* (орфография источника сохранена) [33].

* Широкий спектр положительной фармакологической активности этанола, включающий в себя анксиолитические, анти-депрессивные, психостимулирующие и другие эмоционально-позитивные компоненты, рассмотрен нами ранее [34].

Следует понимать, что алкоголь, как и наркотики, сам по себе не составляет сущности проблемы. Злоупотребление им – это симптом глубоких противоречий, с которыми сталкивается личность в попытках преодолеть стрессовые жизненные ситуации, в поисках положительных межличностных контактов в виде понимания, одобрения, а также эмоциональной и социальной поддержки [35]. «Бывают времена, – замечает И. Ялом, – когда пациент не готов или не способен принять решение, – альтернативы почти равны, тревога и предчувствие сожаления у пациента слишком сильны, а его осознание "смысла" решения ограничено. Многие наши пациенты осознают, что они не принимают и не собираются принимать решения, отвечающие их интересам. При этом они испытывают порожденное замешательством бессилие, воспринимая себя скорее как жертву, а не как хозяина своего поведения. Пока такое субъективное состояние превалирует, вероятность произвольного конструктивного действия со стороны пациента мала... Что мешает индивиду принять решение, которое явно отвечает его интересам? Очевидный ответ состоит в том, что пациент, явно саботирующий свои зрелые потребности и задачи, удовлетворяет другой набор потребностей, зачастую неосознаваемых и несовместимых с первым. Иными словами, пациент имеет противоречащие друг другу мотивации, которые нельзя удовлетворить одновременно» [36].

Таким образом, мы видим, что зависимые пациенты чуть ли не постоянно находятся в состоянии когнитивного диссонанса. Не будучи способны в процессе каждодневного принятия решений найти наиболее разумные варианты, они вообще уходят от непереносимой ситуации путем потребления алкоголя, что еще больше усугубляет ситуацию и ведет к формированию алкогольной анозогнозии, т. е. к непризнанию пациентом факта зависимости от алкоголя, игнорированию очевидных признаков заболевания, препятствующих своевременному обращению за медицинской помощью и ведущих к отказу от противоалкогольного лечения [37, 38]. В настоящее время алкогольная анозогнозия рассматривается как многоаспектный клинико-психологический феномен, включающий в себя когнитивный, эмоциональный и мотивационный компоненты [39]. Сформировавшаяся в той или иной степени алкогольная анозогнозия, в свою очередь, приводит к нежеланию зависимого субъекта прекратить злоупотребление и обратиться за помощью. Таким образом и формируется классический *circulus vitiosus*.

Последнее время многие терапевты исследуют «смысл» решения путем изучения его «дивидендов». Человек скорее присвоит правильное, отвечающее его интересам решение, когда видит границы «дивидендов» каждого из противоположных решений. И наоборот, решение не приживается, если человек не признает его, не присваивает и не отказывается от «дивидендов» противоположных решений. Когда мы говорим об исследовании «смысла», или «дивидендов», или «вторичной выгоды», мы подразумеваем тот факт, что каждое решение, которое человек принимает, имеет для него свою выгоду. Пусть даже он принимает явно саморазрушительное решение, неизменно обнаружится, что в мире опыта пациента оно осмысленно и неким высоколичностным или символическим образом является самоохранительным. Поэтому, если пациент выражает желание избавиться от зависимости от психоактивных веществ, нужно исследовать вместе с ним его «дивиденды» от их приема, такие как облегчение тревоги, боли, потерянности и одиночества, эйфория, освобождение или уход от ответственности. Процесс принятия решения не заканчивается ни с

решением, ни с неудачей в его принятии; индивид должен снова и снова принимать его. Неудача в выполнении решения вовсе не хоронит это решение навсегда: из такой неудачи многому можно научиться [36].

Поэтому, наблюдая пациента, который не способен придерживаться принятого решения о трезвости, который вновь и вновь после определенных периодов воздержания возвращается к алкоголизации, наркологу следует предположить, что этот пациент принял другое решение с иным набором «дивидендов». Впрочем, полностью осознать и вербализовать эти «дивиденды», получаемые от употребления спиртного и нахождения в течение некоторого периода в состоянии опьянения, пациентам удается далеко не всегда*. Очень важно в процессе психотерапии помочь пациенту осознать, что он имеет конфликтующие между собой потребности и цели, что каждое решение удовлетворяет некоторые потребности, т. е. обладает неким «дивидендом». После того как пациент полностью осознает характер своих противоречивых потребностей, терапевт помогает ему понять, что, поскольку все потребности нельзя удовлетворить, пациент должен выбрать между ними и отказаться от тех, которые не могут быть осуществлены иначе как огромной ценой его целостности и автономии** [36, с. 387].

Из вышеописанного становится очевидным, что в наркологии работа с конкретным пациентом, не включающая в себя выявление причин его алкоголизации или наркотизации и получаемых от этого «дивидендов», а также выяснения обстоятельств принятия им решения об обращении за помощью, не может считаться на сегодняшний день конструктивной. Сошлемся также в этом вопросе на мнение С.Г. Жислина: «Без глубокого знания этих картин и их индивидуальных особенностей в каждом случае, без глубокого знания больного невозможна и истинная психотерапия, а последняя имеет первостепенное значение при любом методе лечения алкоголизма» [42, с. 281].

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Montaigne M. (1998) *Experiments*: in 3 books. SPb: Crystal, Respex. Book 1–2. (in Russian)
2. Rogers K. (2005) Two different tendencies in psychotherapy. *Existential Psychology*. Lvov: Initiative; Moscow: Institute of General Humanitarian Studies. Pp. 102–112. (in Russian)
3. Kahneman D., Tversky A. Rational choice, values, and frames. *Psychol. journal*. 2003;4:31–42. (in Russian)
4. *Philosophy: encyclopedic dictionary*. (2004) Ed. by A.A. Ivin. Moscow: Gardariki. (in Russian)
5. Shakespeare W. (1997) *Hamlet*. Moscow: Interbook. Vol. 8, p. 73. (in Russian)
6. May R. (2004) *The discovery of being*. Moscow: Institute of General Humanitarian Studies. (in Russian)
7. Kempinsky A. (1998) An attempt at a psychiatric prognosis. *Existential psychiatry: collected articles*. Moscow. (in Russian)
8. Schopenhauer A. (1992) *The world as will and representation. Collected works in 5 volumes*. Moscow: Moscow Club Publishing House. Vol. 1. (in Russian)
9. Tikhomirov A. (1993) *Treatises*. [Psychology of the subconscious]. Voronezh: NPO MODEK. Pp. 82–108. (in Russian)
10. Jung K.G. (1991) An approach to the unconscious. *Archetype and symbol: collection of articles*. Moscow: Renaissance. (in Russian)
11. Kahneman D. (2014) *Think slow and decide*. Moscow: AST. (in Russian)
12. Pascal B. (1974) Thoughts. *Library of World Literature*. Moscow: Fiction. Pp. 109–186. (in Russian)
13. Frith Ch. (2012) *Brain and soul: How nervous activity shapes our inner world*. Moscow: Astrel; CORPUS. (in Russian)
14. Fromm E. (1992) The human soul. Its capacity for good and evil. *The human soul: collection of articles*. Moscow: Republic. Pp. 13–108. (in Russian)
15. Festinger L. (1999) *Theory of Cognitive Dissonance*. SPb: Yuventa. ORIGINAL PUBLISHING: Festinger L. (1957) *A Theory of Cognitive Dissonance*. Evanston, IL: Row, Peterson.

* В определенном числе случаев это можно объяснить проявлениями алекситимии [40].

** Важнейшей задачей психотерапии аддиктивных пациентов на начальном этапе терапии является формирование у них мотивации к лечению [41].

16. Yurchuk V.V. (1998) *Modern Dictionary of Psychology*. Minsk: Sovremennoe slovo. (in Russian)
17. Deryabin A.A. (1995) *Self-concept and theory of cognitive dissonance: a review of foreign literature*. Novosibirsk: Scientific and educational center of psychology of NSU. Available at: <http://psyberlink.flogiston.ru/internet/bits/dissonan.htm> (accessed 27.06.2024). (in Russian)
18. Zimbardo F., Leippe M. (2011) *Social influence*. SPb: Piter. (in Russian)
19. Zubarev S.M. Sarcasm of fate, or the Oedipus conflict of films. *Psychotherapy*. 2008;3:41–44. (in Russian)
20. Zavyalov V.Yu. Dialysis – a new system of integrative psychotherapy in narcology. *Narcology*. 2002;9:36–41. (in Russian)
21. Plotkin F.B. Polypharmacy in addictions: causes and consequences. *Narcology*. 2013;6:86–94; 2013;7:100–107. (in Russian)
22. Bondarenko A.F. "Folk healing": psychological analysis of the phenomenon. *Psychotherapy*. 2014;5:16–22. (in Russian)
23. Pyatnitskaya I.N. (1994) *Drug addiction: Manual for doctors*. Moscow: Medicine. (in Russian)
24. Plotkin F.B. Cognitive processes and alcohol: is it worth making decisions while intoxicated? Recommendations of a narcologist. *Narcology*. 2010;6:50–57. (in Russian)
25. Rubinstein S.L. (1989) *Fundamentals of general psychology*: in 2 vol. Moscow: Pedagogy. Vol. 1. (in Russian)
26. Längle A. (2011) Can I rely on my feelings? *Emotions and existence*. Kharkov (in Russian)
27. Sidorov P.I. (2006) *Narcological preventology*: manual. M.: MEDpress-inform. (in Russian)
28. Fromm E. (1992) The Human Soul. Its Capacity for Good and Evil. *The Human Soul*. M.: Respublika. Pp. 13–108. (in Russian)
29. Korolenko Ts.P., Zavyalov V.Yu. (1987) *Personality and Alcohol*. Novosibirsk: Nauka. (in Russian)
30. Rogers K. (2005) Two Different Tendencies in Psychotherapy. *Existential Psychology*. Lvov: Initiative; M.: Institute of General Humanitarian Studies. Pp. 102–112. (in Russian)
31. Bechtel E.S. (1986) *Pre-clinical Forms of Alcohol Abuse*. M.: Medicine.
32. Zimbardo F., Leippe M. (2011) *Social influence*. SPb: Piter. (in Russian)
33. Brill-Kramer K. (1819) *On binge drinking and its treatment*. M. Pp. 23–24. (in Russian)
34. Plotkin F.B. Shall we treat them or let them drink? A word of praise for alcohol. *Narcology*. 2016;2:80–95; 2016;3:84–100. (in Russian)
35. Ling J. Common problems of drug addiction: analysis and prospects. *Impact*. 1985;1:90–101. (in Russian)
36. Yalom I. (2004) *Existential psychotherapy*. M.: Class. (in Russian)
37. Ponizovsky P.A. Alcoholic and somatic anosognosia in patients with alcohol dependence. *Voprosy narkologii*. 2008;4:55–64. (in Russian)
38. Yarovinskaya A.V. Attitude to the disease in the clinical dynamics of alcoholism: Abstract of a PhD dissertation. St. Petersburg, 2011. (in Russian)
39. Rybakova Yu.V. Alcoholic anosognosia: Assessment methods and relationship with clinical and psychosocial characteristics of patients: Abstract of a PhD dissertation. St. Petersburg, 2012. (in Russian)
40. Plotkin F.B. Alexithymia as a factor in the formation and maintenance of addiction. *Narcology*. 2009;10:85–92. (in Russian)
41. Plotkin F.B. How to motivate an addictive patient for treatment? Rational psychotherapy and its modifications as basic methods in the treatment of addictive diseases. *Narcology*. 2018;1;58–72; 2018;2:72–83. (in Russian)
42. Zhislin S.G. (1965) *Essays on clinical psychiatry*. Moscow: Medicine. (in Russian)

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ, ПЛАНИРУЮЩИХ ПУБЛИКАЦИЮ В ЖУРНАЛАХ ИЗДАТЕЛЬСТВА «ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ИЗДАНИЯ»

С подробной версией и примерами оформления статьи можно ознакомиться на сайте **recipe.by**.

В журнале публикуются оригинальные статьи, описания клинических наблюдений, лекции и обзоры литературы.

Журнал рассматривает материалы от аспирантов, соискателей, докторантов, специалистов и экспертов.

Представление статьи в журнал подразумевает, что:

- статья не была опубликована ранее в другом журнале;
- статья не находится на рассмотрении в другом журнале;
- все соавторы согласны с публикацией текущей версии статьи.

Перед отправкой статьи на рассмотрение убедитесь, что в файле (файлах) содержится вся необходимая информация на русском и английском языках, указаны источники информации, размещенной в рисунках и таблицах, все цитаты оформлены корректно.

Параметры форматирования: Times New Roman, кегль – 12, междустрочный интервал – 1,5. Объем оригинального исследования, описания клинического случая – 30 000 знаков с пробелами (15–17 страниц), обзора, лекции – 50 000 знаков с пробелами (20–25 страниц). Количество рисунков и таблиц – не более 5 для каждой позиции. Количество литературных источников: для оригинального исследования, описания клинического случая – не более 30, обзора, лекции – не более 50. Допускается 10–15%-е отклонение от заданных объемов.

На титульном листе статьи размещаются (на русском и английском языках):

I. Имя автора (авторов)

На русском языке при указании авторов статьи фамилию следует указывать до инициалов имени и отчества (Иванов П.С.).

На английском языке при указании авторов статьи используется формат «Имя, инициал отчества, фамилия» (Ivan P. Ivanov). Фамилию на английском языке необходимо указывать в соответствии тем, как она была указана в ранее опубликованных статьях, или использовать стандарт BSI.

II. Информация об авторе (авторах)

В этом разделе перечисляются звание, должность, иные регалии. Здесь также указываются e-mail и телефон ответственного автора.

III. Аффiliation автора (авторов)

Аффiliation включает в себя официальное название организации, включая город и страну. Авторам необходимо указывать все места работы, имеющие отношение к проведению исследования.

Если в подготовке статьи принимали участие авторы из разных учреждений, необходимо указать принадлежность каждого автора к конкретному учреждению с помощью надстрочного индекса.

Необходимо официальное англоязычное название учреждения для блока информации на английском языке.

IV. Название статьи

Название статьи на русском языке должно соответствовать содержанию статьи. Англоязычное название должно быть грамотно с точки зрения английского языка, при этом по смыслу полностью соответствовать русскоязычному названию.

V. Аннотация

Рекомендуемый объем структурированной аннотации для оригинальных исследований: 1000–2000 знаков с пробелами. Аннотация содержит следующие

разделы: Цель, Методы, Результаты, Заключение. Для обзорных статей и описаний клинических случаев требований к структуре резюме нет, его объем должен составлять не менее 1000 знаков с пробелами.

В аннотацию не следует включать впервые введенные термины, аббревиатуры (за исключением общеизвестных), ссылки на литературу.

VI. Ключевые слова

5–7 слов по теме статьи. Желательно, чтобы ключевые слова дополняли аннотацию и название статьи.

VII. Благодарности

В этом разделе указываются все источники финансирования исследования, а также благодарности людям, которые участвовали в работе над статьей, но не являются ее авторами.

VIII. Конфликт интересов

Автор обязан уведомить редактора о реальном или потенциальном конфликте интересов, включив информацию о конфликте интересов в соответствующий раздел статьи. Если конфликта интересов нет, автор должен также сообщить об этом. Пример формулировки: «Конфликт интересов: не заявлен».

Текст статьи

В журнале принят формат IMRAD (Introduction, Methods, Results, Discussion; Введение, Методы, Результаты, Обсуждение).

Рисунки

Рисунки должны быть хорошего качества, пригодные для печати. Все рисунки должны иметь подрисовочные подписи. Подрисовочная подпись должна быть переведена на английский язык.

Таблицы

Таблицы должны быть хорошего качества, пригодные для печати. Обязательны таблицы, пригодные для редактирования, а не отсканированные или в виде рисунков. Все таблицы должны иметь заголовки. Название таблицы должно быть переведено на английский язык.

Список литературы

В журнале используется Ванкуверский формат цитирования, который подразумевает отсылку на источник в квадратных скобках и последующее указание источников в списке литературы в порядке упоминания: [6].

При описании источника следует указывать его DOI, если его можно найти (для зарубежных источников удается это сделать в 95% случаев).

В ссылках на статьи из журналов должны быть обязательно указаны год выхода публикации, том и номер журнала, номера страниц.

В описании каждого источника должны быть представлены не более 3 авторов.

Ссылки должны быть верифицированы, выходные данные проверены на официальном сайте.

Списки литературы приводятся только на английском языке, без транслитерации. После описания русскоязычного источника в конце ссылки ставится указание на язык работы: (in Russian).

Для транслитерации имен и фамилий авторов в русскоязычных источниках, названий журналов следует использовать стандарт BSI.

Редакция журнала ведет переписку с ответственным (контактным) автором.

Редакция вправе отклонить статью без указания причины.

Министерство здравоохранения
Республики Беларусь

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (взрослое и детское население)

СБОРНИК КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ

Минск
«Профессиональные издания»
2024

Клинические протоколы, представленные в сборнике, устанавливают общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи взрослому и детскому населению в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с психическими и поведенческими расстройствами, соответствующими шифрам F0–F9 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10).

220035, Республика Беларусь, г. Минск,
ул. Тимирязева, 67, офис 1101 (11 этаж)
тел./факс: +375 (17) 322-16-59, 322-16-76, 322-16-77, 322-16-78
моб. +375 (29) 349-97-32
e-mail: office@recipe.by

RECIPE.BY

 ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
ИЗДАНИЯ

ФЛУВОКСИН

Флувоксамин таб. 50/100 мг №30

АНТИДЕПРЕССАНТ ИЗ ГРУППЫ СИРС,
ОДОБРЕННЫЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО
И ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА



Эффективен в лечении:

- ОКР
- Различных форм депрессии: как тяжелых форм меланхолических депрессий, так и психотических депрессий, депрессий с коморбидными хроническими болевыми синдромами¹
- Тревожных расстройств

- ОБЕСПЕЧИВАЕТ КАРДИОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРИ ХСН, ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОИМ²
- УЛУЧШАЕТ КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ³
- УЛУЧШАЕТ КАЧЕСТВО СНА КАК ПРИ ДЕПРЕССИЯХ, ТАК И ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ⁴



1. Беккер Р.А., Быков Ю.В. Флувоксамин: антидепрессант широкого спектра действия с рядом особенностей и преимуществ, Психиатрия и психофармакотерапия, том 21, №1, 2019

2. Tagashira H, Fukunaga K. Cardioprotective effect of fluvoxamine, sigma-1 receptor high affinity agonist. Yakugaku Zasshi 2012; 132 (2): 167-72

3. Иванов М.В., Сорокина А.В. Влияние фармакотерапии антидепрессантами на когнитивные функции при депрессивных расстройствах: возможности применения флувоксамина. Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2014; 3:22-127

4. Левин Я.И., Ковальчук М.В. Депрессия и нарушение сна. Эффективная фармакотерапия. 2010; 18:18-24

Производитель: Sun Pharmaceutical Industries Ltd, Индия
в Республике Беларусь 220113, г. Минск, ул. Мележа, д.1, офис 1118
Тел./факс: (017) 364-54-57, e-mail: minsk-office@sunpharma.org,

www.sunpharma.com

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ.

Имеются противопоказания и нежелательные реакции. Флувоксин не должен назначаться беременным женщинам до тех пор, пока клиническое состояние женщины не требует лечения флувоксамином. Реклама.



SUN
PHARMA