

- ▶ Психообразование и расстройство структуры личности
- ▶ Монотерапия коморбидных депрессивного и обсессивно-компульсивного расстройств флувоксамином на клинических примерах
- ▶ Психотерапия XXI века.
Биопсихосоциальный подход Пола Реймонда Гилберта
- ▶ Синдром эмоционального выгорания у работников психиатрических учреждений
- ▶ Методика спокойной гипнотизации в комплексном лечении заикания
- ▶ Особенности ведения пациентов с фибромиалгией в клинической практике
- ▶ Светлой памяти Анатолия Болеславовича Смулевича

<http://logospress.ru>

№ 1/2025

Современная терапия в психиатрии и неврологии

Содержание/Contents

ПСИХИАТРИЯ

Ушаков Ю.В., Головина А.Г., Кравченко Н.Е., Максимов В.И.

Психообразование и расстройство структуры личности

- Методика «СЕМЬ РАДИКАЛОВ»
- Семь радикалов характера.
Сопоставление с клинической психопатологией
- Голубая бездна
- Заводной апельсин
- Влечение без взаимности
- Паразиты
- Виноваты звезды
- Шесть степеней отчуждения6

Зуйкова Н.Л., Салынцева И.В., Михеева О.В., Медведев В.Э.

Монотерапия коморбидных депрессивного и обсессивно-компульсивного расстройств флувоксамином на клинических примерах21

ПСИХОТЕРАПИЯ

Шугурова И.М.

Психотерапия XXI века. Биопсихосоциальный подход Пола Реймонда Гилберта27

Овчинников А.А., Султанова А.Н., Филоненко Е.В., Мохначева Я.В., Савченко В.А.

Синдром эмоционального выгорания у работников психиатрических учреждений31

Салынцева И.В.

Методика спокойной гипнотизации в комплексном лечении заикания36

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

Урягыев О.М., Лазарева О.Ю., Лищенко А.А., Мальков А.А., Долженкова Е.А., Огорельцева Е.В., Родионова В.Е.

Особенности ведения пациентов с фибромиалгией в клинической практике40

ПАМЯТЬ

Светлой памяти Анатолия Болеславовича Смудевича — патриарха советской и российской психиатрии46

PSYCHIATRY

Ushakov Yu.V., Golovina A.G., Kravchenko N.E., Maksimov V.I.

Psychoeducation and personality structure disorder

- SEVEN RADICALS procedure
- Seven radicals of character.
Comparison with clinical psychopathology
- Blue Abyss
- Clockwork Orange
- Attraction without reciprocity
- Parasites
- Stars to blame
- Six degrees of alienation6

Zuikova N.L., Salyntsev I.V., Mikheeva O.V., Medvedev V.E.

Monotherapy of comorbid depressive and obsessive-compulsive disorders with fluvoxamine using clinical examples21

PSYCHOTHERAPY

Shugurova I.M.

Psychotherapy of the 21st century. The Biopsychosocial Approach by Paul Raymond Gilbert27

Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Filonenko E.V., Mokhnacheva Y.V., Savchenko V.A.

Burnout syndrome in mental health workers31

Salyntsev I.V.

The technique of calm hypnosis in the complex treatment of stuttering36

PAIN SYNDROME

Uryagayev O.M., Lazareva O.Yu., Lishchenko A.A., Malkov A.A., Dolzhenkova E.A., Ogoreltseva E.V., Rodionova V.E.

Features of management of patients with fibromyalgia in clinical practice40

MEMORY

Blessed memory of Anatoly Boleslavovich Smulevich — Patriarch of Soviet and Russian psychiatry46

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Левин О.С., докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой неврологии РМАНПО, Москва

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Медведев В.Э., канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы, Москва

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Председатель — **Ушаков Ю.В.**, докт. мед. наук, врач-психиатр, Филиал ГБУЗ ПКБ N 1 им. Н.А. Алексеева ПНД N 13, Москва

Абриталин Е.Ю., докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и психотерапии с клиникой Института медицинского образования ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург

Антохин Е.Ю., докт. мед. наук, доцент, зав. кафедрой клинической психологии и психотерапии, профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет», Оренбург

Асадуллин А.Р., докт. мед. наук, доцент, профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Баранов П.А., канд. мед. наук, доцент, ведущий научный сотрудник ФГБНУ НЦПЗ, Москва

Барыльник Ю.Б., докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов

Боголепова А.Н., докт. мед. наук, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики РГМУ, Москва

Волель Б.А., докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и психосоматики, директор ИКМ им. Н. В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова; ведущий научный сотрудник отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ НЦПЗ, Москва

Воробьева О.В., докт. мед. наук, профессор кафедры нервных болезней ИПО ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Головина А.Г., докт. мед. наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва

Данилов Д.С., докт. мед. наук, зав. отделением Клиники психиатрии им. С.С. Корсакова ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Замерград М.В., докт. мед. наук, профессор кафедры неврологии РМАНПО, Москва

Захаров В.В., докт. мед. наук, профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Игумнов С.А., докт. мед. наук, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии Института нейронаук и нейротехнологий РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Иллариошкин С.Н., докт. мед. наук, профессор, зам. директора Научного центра неврологии РАМН по научной работе, Москва

Камчатнов П.Р., докт. мед. наук, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики РГМУ, Москва

Ковальчук В.В., докт. мед. наук, профессор, руководитель Центра медицинской реабилитации ГБ№ 38, зав. отделением реабилитации пациентов с поражением функций ЦНС, председатель Общества реабилитационной медицины Санкт-Петербурга, заслуженный врач России, Санкт-Петербург

Кравченко Н.Е., канд. мед. наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва

Левин О.С., докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой неврологии РМАНПО, Москва

Медведев В.Э., канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы, Москва

Олейчик И.В., докт. мед. наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ НЦПЗ, Москва

Омельченко М.А., докт. мед. наук, ведущий эксперт ООО «НЕОМЕДЭКС», Москва

Петров Д.С., докт. мед. наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и психологического консультирования ФГБОУ ВО РязГМУ, Рязань

Петрова Н.Н., докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского университета, Санкт-Петербург

Солдаткин В.А., докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону

Чутко Л.С., докт. мед. наук, профессор, руководитель Центра поведенческой неврологии, зав. лабораторией коррекции психического развития и адаптации Института мозга человека РАН им. Н.П. Бехтерева, Санкт-Петербург

Шмилович А.А., докт. мед. наук, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Журнал «Современная терапия в психиатрии и неврологии» № 1, 2025

**Свидетельство о регистрации СМИ: ПИ № ФС77-50476
ISSN 2304-9707**

Редакция журнала

Директор издательства: Гейне М.В.

Руководитель отдела маркетинга: Лебедева Е.В.

Руководитель проекта: Шугурова И.М., к.б.н.

Выпускающий редактор: Шугурова И.М.

EDITOR-IN-CHIEF

Levin O.S. Doctor of Medical Sciences, Professor,

Head of the Department of Neurology of the Russian Medical Academy Continuing Professional Education, Moscow

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

Medvedev V.E., Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology of the FNMO Medical Institute named after RUDN. Patrice Lumumba, Moscow

EDITORIAL BOARD

Chairman — **Ushakov Yu.V.**, Doctor of Medical Sciences, psychiatrist, Branch of GBUZ PKB No. 1 named after N.A. Alekseev, PND No. 13, Moscow

Abritalin E.Yu., Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Psychotherapy with the Clinic of the Institute of Medical Education of the Almazov National Medical Research Center, St. Petersburg

Antokhin E.Yu., Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Professor of the Department of Psychiatry, Medical Psychology, Orenburg State Medical University, Orenburg

Asadullin A.R., Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Bashkir State Medical University, Ufa

Baranov P.A., Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Leading Researcher at the Federal State Budgetary Scientific Institution NCPZ, Moscow

Barylnik Yu.B., Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov

Bogolepova A.N., Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Neurology, Neurosurgery and Medical Genetics of the Russian State Medical University, Moscow

Volei B.A., Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Psychosomatics, Director of the N. V. Sklifosovsky ICM of the I. M. Sechenov First Moscow State Medical University; leading Researcher at the Department for the Study of Borderline Mental Pathology and Psychosomatic Disorders of the Federal State Budgetary Institution of the Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Vorobyeva O.V., Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Nervous Diseases of the IPO FSAOU HE I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Golovina A.G., Doctor of Medical Sciences, FGBNU NCPZ, Moscow

Danilov D.S., Doctor of Medical Sciences, Head of Department of the S.S. Korsakov Psychiatric Clinic of the Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Zamergad M.V., Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Neurology of the Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Zakharov V.V., Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Igumnov S.A., Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Psychiatry and Medical Psychology, Institute of Neuroscience and Neurotechnology, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

Illarionov S.N., Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director of the Scientific Center of Neurology of the Russian Academy of Medical Sciences for Scientific Work, Moscow

Kamchatnov P.R., Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Neurology, Neurosurgery and Medical Genetics of the Russian State Medical University, Moscow

Kovalchuk V.V., Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the GB Medical Rehabilitation Center No. 38, Head of the Department of Rehabilitation of Patients with Central Nervous System Disorders, Chairman of the St. Petersburg Society of Rehabilitation Medicine, Honored Doctor of Russia, St. Petersburg

Kravchenko N.E., Candidate of Medical Sciences, FGBNU NCPZ, Moscow

Levin O.S., Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Neurology of the Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Medvedev V.E., Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology of the FNMO Medical Institute named after RUDN. Patrice Lumumba, Moscow

Oleychik I.V., Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Researcher of the Federal State Budgetary Scientific Institution NCPZ, Moscow

Omelchenko M.A., Doctor of Medical Sciences, Leading expert of NEOMEDEX LLC, Moscow

Petrov D.S., Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Psychiatry and Psychological Counseling, Ryazan State Medical University, Ryazan

Petrova N.N., Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology of St. Petersburg University, St. Petersburg

Soldatkin V.A., Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don

Chutko L.S., Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Center for Behavioral Neurology, Head of the Laboratory of Correction of Mental Development and Adaptation of the N.P. Bekhtereva Institute of the Human Brain of the Russian Academy of Sciences, St. Petersburg

Shmilovich A.A., Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, GBOU VPO RNIMU named after N.I. Pirogov, Moscow

Издательство «Логос Пресс»

Адрес: 111250, Москва, ул. Красноказарменная, 12.

e-mail: info@logospress.ru <http://logospress.ru> Тираж: 20 000 экз.

Воспроизведение материалов в любом виде, включая электронный, возможно только по письменному согласованию с издательством.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Мнение редакции не всегда совпадает с мнением авторов статей.

Рукописи, принятые на рассмотрение, редакция не возвращает.

Психообразование и расстройство структуры личности

Ю.В. Ушаков¹, доктор медицинских наук, врач-психиатр;
А.Г. Головина², доктор медицинских наук, заведующая подростковым отделом;
Н.Е. Кравченко², кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник (kravchenkone@mail.ru);
В.И. Максимов³, кандидат медицинских наук, врач-психиатр.

¹ Филиал ГБУЗ ПКБ N 1 им. Н.А. Алексеева ПНД N 13, (117209, г. Москва, ул. Зюзинская, д. 1).

² Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научный центр психического здоровья (115522, г. Москва, Каширское шоссе, 34).

³ ГБУЗ ПКБ N 1 им. Н.А. Алексеева ПНД N 21 (119602, г. Москва, ул. Академика Анохина, д. 22, корп.2)

Психообразование представляет собой информирование психически больных или их родственников о проявлениях психических заболеваний, обучение основам психиатрической грамотности и навыкам совладания с болезнью. В более ранних номерах журнала «Современная терапия в психиатрии и неврологии» были опубликованы две рецензии наших постоянных авторов на книгу В.В. Пономаренко «Практическая характерология с элементами прогнозирования и управления поведением. Методика «семь радикалов». С течением времени методика только усиливает свои позиции как реальный клинический инструмент в руках практикующих психиатров и психотерапевтов. Представленные в этом обзоре рецензии на фильмы и литературные произведения, подготовленные опытными психиатрами, призваны проиллюстрировать базисные «радикалы» описанием личностей главных героев. Такая визуализация поможет врачам, пациентам и родственникам пациентов в корректном сопровождении клинически диагностированного патологического состояния больного.

Ключевые слова: психообразование, методика «семь радикалов», расстройство структуры личности, обучающие стратегии, комментарии психиатров.

Psychoeducation and personality structure disorder

Yu.V. Ushakov¹, Doctor of Medical Sciences, psychiatrist;
A.G. Golovina², MD, Head of the Adolescent Department;
N.E. Kravchenko², Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher (kravchenkone@mail.ru);
V.I. Maksimov³, Candidate of Medical Sciences, psychiatrist.

¹ Filial GBUZ PKB N 1 named after N.A. Alekseeva PND N 13 (117209, Moscow, Zyuzinskaya str., 1).

² Federal State Budgetary Scientific Institution Scientific Center for Mental Health (115522, Moscow, Kashirskoe shosse, 34).

³ GBUZ PKB N 1 named after N.A. Alekseev PND n. 21 (119602, Moscow, Akademika Anokhina str., 22, bldg.2).

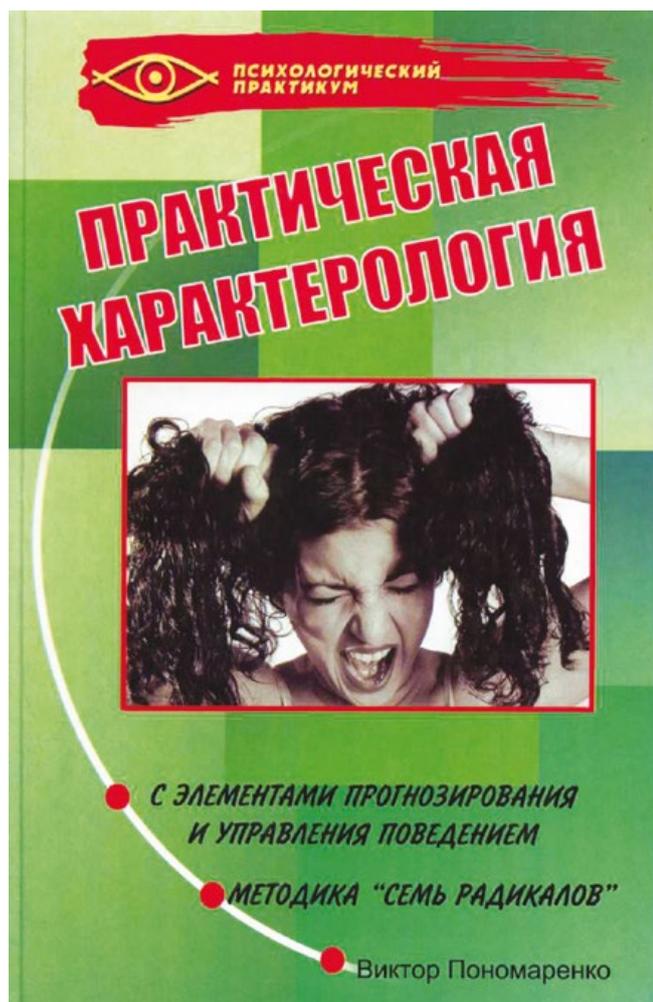
Psychoeducation is the informing of mentally ill people or their relatives about the manifestations of mental illness, teaching the basics of psychiatric literacy and coping skills with the disease. In earlier issues of the journal Modern Therapy in Psychiatry and Neurology, two reviews of the book by V.V. Ponomarenko “Practical characterology with elements of forecasting and behavior management” were published by our regular authors. The “seven radicals” technique. Over time, the technique only strengthens its position as a real clinical tool in the hands of practicing psychiatrists and psychotherapists. The reviews of films and literary works presented in this review, prepared by experienced psychiatrists, are intended to illustrate the basic “radicals” by describing the personalities of the main characters. Such visualization will help doctors, patients and relatives of patients in the correct support of a clinically diagnosed pathological condition of the patient.

Keywords: psychoeducation, the “seven radicals” technique, personality structure disorder, learning strategies, psychiatrists’ comments.

МЕТОДИКА «СЕМЬ РАДИКАЛОВ»

Сразу следует оговориться, что предлагаемая вниманию читателей книга не претендует на роль клинической монографии. В своей работе автор преследует совсем иные цели. Являясь по образованию в первую очередь психиатром, а во вторую — психологом, опираясь на фундаментальные, разработанные отечественной и зарубежной психиатрическими школами представления о расстройствах личности, он строит свою систематику основополагающих типов характеров, выделяя семь так называемых

базовых «радикалов». Умелое распознавание этих характеристик, с точки зрения В.В. Пономаренко, позволяет увидеть реального человека и правильно взаимодействовать с ним. При этом автор подчеркивает, что несмотря на то, что типология личностных «радикалов» по сути родилась в недрах психиатрической науки, она вполне применима и для оценки обычного среднестатистического, нестрадающего психическим расстройством, человека. Свою точку зрения он обосновывает тем, что «не болезнь создает характер», она лишь видоизменяет и «выпячивает» некие черты, изначально присущие заболевшему, в ре-



зультате чего они становятся доступными для изучения.

Семь базисных «радикалов» обозначаются как истероидный, эпилептоидный, паранойяльный, эмотивный, шизоидный, гипертимный и тревожный. Они не являются патологическими. Поэтому используемые психиатрические термины (названия «радикалов») определяются им не как девиации (отклонения), а именуются схожими с ними личностными «радикалами», так как «исходят из одного корня» — из цельной психической структуры. Как поясняет автор, «радикалы» — это сложившиеся во время эволюции человеческих существ структурно-функциональные элементы характера, — набор неизменяемых способов поведения, базирующихся на конституционально-физиологических основах. В процессе социализации любого человека, в частности, происходит становление тех или иных типов реагирования в различных ситуациях, формирование разнообразных стилей поведения, которые в значительной степени определяются и даже «выбираются» в зависимости от врожденных особенностей индивидуума.

В характере здорового человека может присутствовать множество разных, подчас странно соседствующих качеств, но один из «радикалов» обязательно является ведущим: именно он во многом

определяет манеру поведения, течение жизни, её мелодию, сотканную из комбинаций разных мотивов, которые в момент общения должен угадать исследователь. Приступая к анализу, необходимо обращать внимание на внешний вид, пантомимику, телосложение, коммуникативные характеристики, отношение к видам деятельности и особенности организации пространства вокруг себя. При этом важно иметь в виду, что каждый входящий в данный реальный характер «радикал» взаимодействует с остальными, присущими именно этому типу «радикалами», и оказывает определенное влияние на поведение в целом. Изучение человека в таком ракурсе дает возможность квалифицированному специалисту услышать своеобразную базисную «музыку личности», направляющую течение жизни и поступки данного конкретного индивидуума.

Таким образом, в книге излагается технология нетелесовой визуальной оценки индивидуальных особенностей человека, используя которую сначала выявляют отдельные качества характера, а затем полностью «дорисовывают» психологический портрет. По сути, автор книги популярно излагает свой подход к сложному, требующему высокой квалификации и востребованному в современном обществе процессу профайлинга (от англ. profile — профиль). Что такое профайлинг? Это процесс прогнозирования поведения человека на основе анализа характерных для него особенностей — типа внешности, поведения, высказываний, реакций и т.п. Изначально профилирование использовалось с целью раскрытия серийных преступлений. Считается, что первым профайлером был Томас Бонд, попытавшийся создать психологический портрет Джека Потрошителя. В нашей стране одним из известных специалистов, использовавших метод профайлинга, был психиатр А.О. Бухановский, изучавший феномен серийных убийц и оказавший неоценимую помощь в расследовании насильственных преступлений. Помимо помощи в составлении психологического портрета преступников, специалисты в области профайлинга (как правило, это психологи или психиатры, владеющие специальными навыками и знаниями) привлекаются для оценки достоверности информации при кадровых проверках, а также могут участвовать в служебных расследованиях, отборе персонала. Надо сказать, что в этом отношении В.В. Пономаренко имеет большой опыт: будучи офицером спецслужб, он участвовал в спецоперациях, оказывал помощь в раскрытии преступлений, создавал психологические профили и портреты преступников, а в настоящее время преподает в различных высших учебных заведениях Москвы.

Представленный вниманию широкого круга читателей труд можно обозначить как введение в профайлинг. Предлагаемая книга, в которой изложены методы оценки и анализа индивидуальных пове-

денческих особенностей людей, предназначена, конечно, не для подготовки высокопрофессиональных профайлеров. Она помогает формированию более реального и не замутненного собственными ложными предположениями взгляда на другого человека (сослуживца, приятеля, супруга, подчиненного, начальника и т.п.). Это, по мнению автора, приведет как к лучшему познанию самого себя и своих целей, так и обеспечит наиболее эффективную и гармоничную межличностную коммуникацию.

СЕМЬ РАДИКАЛОВ ХАРАКТЕРА. СОПОСТАВЛЕНИЕ С КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОПАТОЛОГИЕЙ

Книга В.В. Пономаренко «Практическая характерология. Методика 7 радикалов», выпущенная в 2017 г., является примечательной в двух смыслах.

Во-первых, эта книга входит в немногочисленный список русскоязычных монографий, посвященных проблемам особенностей характера. По существу она является четвертой попыткой осветить всеохватывающую типологию характерологических явлений, после изданий работ Э. Кречмера (1930), П.Б. Ганнушкина (1933) и К. Леонгарда (1981).

Во-вторых, на фоне отсутствия интереса современной психиатрии к проблемам психопатологии, книга вновь привлекает внимание к вопросам оценки и структуры характера. И, хотя, работа В.В. Пономаренко имеет психологическую направленность и определяет варианты нормы, описания автора вполне экстраполируются на область психиатрии и применимы в вопросах расстройства зрелой личности и поведения взрослых по МКБ-10.

«Практической характерологии» свойственны многофакторный и всеохватывающий подходы к проблемам характера.

В.В. Пономаренко использует при выделении каждого радикала нейрофизиологическую гипотезу, связывает особенности телосложения и характера, а в описательной части рассматривает внешний вид, оформление внешности, оформление пространства, особенности мимики и жестикуляции, качества поведения.

Книга претендует на звание практического руководства и охватывает, как считает автор, все особенности характера у разных людей. Тем самым, В.В. Пономаренко представляет завершенную картину всех существующих характерологических особенностей, способную описать характер любого человека.

Однако, достаточно ли тех 7 радикалов, чтобы описать все наиболее распространенные варианты характерологических особенностей? Рассмотрим эти радикалы в сопоставлении с расстройствами личности по МКБ-10.

Истероидный радикал характеризуется слабостью нервной системы, что проявляется в повышенной истощаемости энергетического потенциала. Такая особенность определяет поверхностность всей деятельности, неспособность глубоко вникнуть в дело. В качестве компенсации истероидный радикал имеет уверенность в собственной социальной высокой значимости, создает иллюзию благополучности и успеха. Эта иллюзия подкрепляется ярким оформлением внешности, манерностью и театральностью поведения. Характерно проявление социальной мимики и готовность менять свои установки в соответствии с потребностью момента. На самом деле истероидная личность глубоко эгоцентрична и во всем соблюдает свою выгоду.

В МКБ-10 истероидному радикалу соответствует истерическое расстройство личности, в рамках которого выделяется театральность, преувеличенное выражение эмоций, внушаемость, лабильность эмоций, стремление быть в центре внимания, эгоцентричность и манипулирование окружающими. Как видно из описаний, общим для истероидного радикала и истерического расстройства личности является театральность и эгоцентризм. Надо отметить, что многие подчеркивают трудности в описании истерических черт характера и эти описания значительно отличаются у разных авторов.

Эпилептоидный радикал отличается малоподвижной нервной системой, ослабленной органическими изменениями. Во внешнем виде обращает на себя внимание атлетико-диспластичное телосложение. Этот радикал характеризуется, прежде всего, замедленностью психической деятельности. На фоне малоподвижных процессов таким личностям свойственны раздражительность и вспышки агрессии. Характерно стремление к порядку, педантичность. Также свойственно ханжество. Особенностью эпилептоидного радикала является тревога, для купирования которой личность старается контролировать все окружающее. Эпилептоиды стремятся к построению иерархии подчинения. Дополнительно наблюдается мизантропия, жестокость, brutality.

Что касается МКБ-10, то в ней отсутствует эпилептоидное расстройство личности как по названию, так и по описанию. Также нет такого личностного склада и в МКБ-9. Ближайшее рассмотрение эпилептоидной психопатии можно найти у П.Б. Ганнушкина (1933). Согласно мнению последнего, эпилептоидные особенности характеризуются триадой: крайней раздражительностью, расстройствами настроения с тоской, страхом, гневом и антисоциальными установками. Стоит отметить, что характеристика В.В. Пономаренко стоит ближе к изменениям личности при эпилепсии, для которой характерны тугоподвижность всех психических процессов и сочетание аффективной вязкости с эксплозивностью.

Для **паранойяльного радикала** по В.В. Пономаренко свойственна сильная нервная система с легкими органическими изменениями. Этот радикал характеризуется сочетанием повышенной энергетике и подчиненностью жизни одной цели. У таких личностей, как правило, наблюдается масштабность замысла, негибкость, гиперсоциальность. Стоит отметить, что термин «паранойяльный» подразумевает паранойяльный синдром, который относится к бредовым расстройствам, которые отсутствуют в описании В.В. Пономаренко.

В МКБ-10 такие нарушения отражены в параноидном (параноическом) расстройстве личности. При этом расстройстве наблюдается триада: повышенное самомнение (самооценка), подозрительность и постоянное ожидание преследования. Как видно из описания, паранойяльный радикал не соответствует параноидному расстройству личности и лишен собственно паранойяльного компонента.

Эмотивный радикал характеризуется низким порогом эмоционального реагирования. При этом под эмоциональным реагированием имеется в виду реакция на высшие эмоции. Люди с эмотивным радикалом — это гармоничные, тонко чувствующие эстеты. Ключевым словом здесь является «гармоничные». Просто тонко чувствующие эстеты при некотором допущении могут быть отнесены к шизоидным или истерическим характерам.

В МКБ-10 нет ни названия, ни описания личностных расстройств, близких к эмотивному радикалу. Эмотивные личностные особенности были выделены К. Леонгардом (1981) для определения личностей с чувствительностью и глубокими реакциями в области тонких эмоций. Такие личности склонны к усиленным внешним проявлениям их эмоций и к реактивным депрессиям. По лабильности эмоциональной реакций эмотивные личности схожи с циклотимическим реагированием, но отличаются адекватностью ответа.

Шизоидный радикал характеризуется такими определениями как «странный», «не от мира сего...». Этот радикал имеют люди с астеническим телосложением. В мышлении отмечается неспособность отличить главное от второстепенного. Это приводит к асоциальности и невозможности вести себя по общепринятым нормам. Во внешнем их облике проявляется необычность одежды, вычурность мимики, нескладность моторики. В дополнение наблюдается неряшливость, нечистоплотность, склонность к собиранию хлама.

В МКБ-10 шизоидные личностные расстройства отличаются эмоциональной сглаженностью, бедностью инстинктивной сферы, склонностью к уединению и фантазированию, нечуткостью к социальным нормам. Как видно из описания, шизоидный радикал и шизоидное расстройство

личности схожи между собой только игнорированием социальных норм.

Характеристика В.В. Пономаренко шизоидных особенностей охватывает только один из вариантов шизоидного спектра, а именно чудаков или нарушения типа *verschrobene*. Со времен Э. Кречмера шизоиды имеют много разновидностей от отрешенных от мира мечтателей до холодных и энергичных «деляг». В основе шизоидных особенностей личности лежат аутизм и психэстетическая пропорция. По выраженности сенситивности и эмоциональной тупости принято различать сенситивных и экспансивных шизоидов. Чудаки же не всегда относятся к шизоидам, а иногда являются проявлениями шизофренического процесса.

Гипертимный радикал по В.В. Пономаренко развивается на основе сильной, подвижной нервной системы. Телосложение может быть разным, но чаще пикническим. Для этого радикала характерна повышенная активность и повышенное настроение. Обратной стороной гипертимного склада личности является разбросанность, неаккуратность, невнимательность к общественному мнению.

В МКБ-10 нет гипертимического расстройства личности ни по названию, ни по описанию. Отдельно гипертимическую личность выделял К. Леонгард (1981). Он считал, что такая личность характеризуется повышенной деятельностью и настроением, что полностью совпадает с мнением В.В. Пономаренко.

Тревожный радикал основан на слабой, мало подвижной нервной системе. У лиц с таким складом характера преобладает тревожность, которая понимается как разной степени выраженности аффект страха. Страх изменений компенсируется консерватизмом. Люди стремятся быть незаметными, носят неброскую одежду, выбирают неприятную обстановку. Они ограничивают свое жизненное пространство, слывут боязливыми и осторожными, ограничивают свою ответственность.

В МКБ-10 тревожное (уклоняющееся, избегающее) личностное расстройство определяется тревожностью, пониженной оценкой своей личности, ограниченностью жизненного уклада, уклонением от ответственности, что совпадает с мнением В.В. Пономаренко.

7 радикалов В.В. Пономаренко охватывают значительный спектр личностных особенностей и во многом совпадают с личностными расстройствами по МКБ-10. Однако из 7 радикалов выпадают такие личностные расстройства, как диссоциальные, эмоционально неустойчивые, ананкастные и расстройства личности зависимого типа.

Если отсутствие диссоциальных и эмоционально неустойчивых личностных расстройств можно понять из-за их антисоциальной направленности и отсутствием частой встречаемости в широкой

популяции, то ананкастные и зависимые личностные расстройства не отражены в классификации В.В. Пономаренко.

Ананкастное личностное расстройство по МКБ-10 характеризуется склонностью к сомнениям, стремлением к совершенству, возникновением нежелательных мыслей и влечений, что не отражается в описаниях В.В. Пономаренко. Вместе с тем, свойственная ананкастному личностному расстройству чрезмерная добросовестность, педантизм, ригидность, стремление подчинить окружающих своим правилам, находят свое отражение в характеристике эпилептоидного радикала.

В свою очередь, такие расстройства личности типа зависимого по МКБ-10, как подчиненность другим людям, беспомощность в одиночестве, ограниченная способность принимать решения — не приведены в типологии В.В. Пономаренко. Другие нарушения типа зависимых могут быть отнесены к тревожному радикалу. Это перекладывание решений на окружающих, страх быть покинутыми людьми, с которыми имеется тесная связь, пониженная самооценка.

Таким образом, «Методика 7 радикалов» представляет собой практическое руководство, которое может применяться для определения структуры личности человека. Каждый радикал подробно описан, ему дана многофакторная оценка.

Стоит отметить, что определение 7 радикалов у одной личности представляет собой нелегкую задачу. Можно выделить один радикал, два, от силы три, но определить все семь — это требует обширных познаний и опыта.

Не все радикалы полностью описаны, представляются неполными характеристики параноидального и шизоидного радикалов. Отсутствуют такие радикалы как ананкастный и зависимый.

«ГОЛУБАЯ БЕЗДНА»

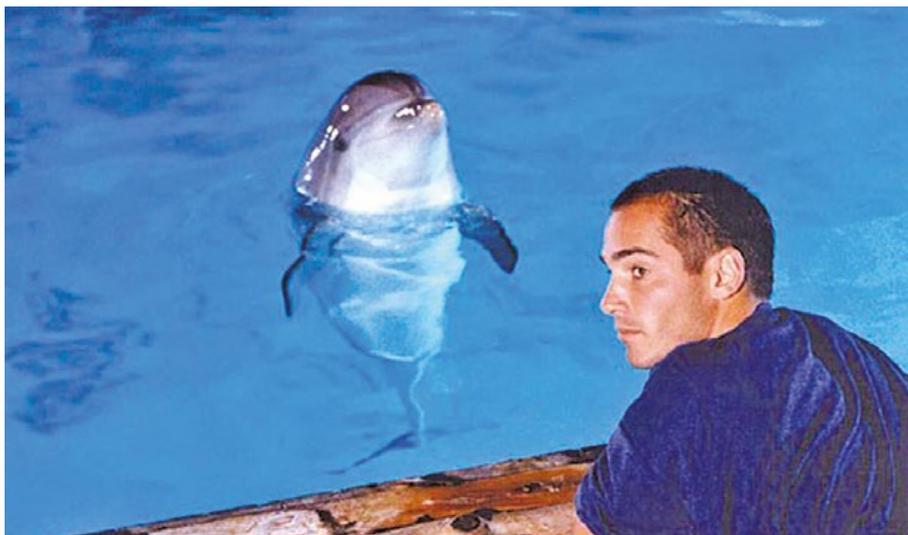
Фильм Люка Бессона «Голубая бездна» вышел в 1988 году. В главных ролях — Жан-Марк Барр (Жак Майоль), Жан Рено (Энцо Молиари), Розанна Аркетт (Джоанна Бейкер). Композитор — Эрик Серра. Фильм получил национальную французскую премию «Сезар» за лучшую музыку. Практически все произведения Люка Бессона отличаются музыкальностью: в них мало диалогов, и всегда есть мелодия — как течение основного смысла фильма.

Известно, что Люк Бессон в юности увлекался подводной съемкой, а его родители были инструкторами по подводному плаванию. Возможно, этим объясняется избрание в качестве героев фильма фридайверов.

Это история двух приятелей, выросших на берегу моря, влюбленных в него с детства, способных надолго задерживать дыхание и погружаться на глубину, недоступную обычному ныряльщику.



Оба героя живут на берегу моря. Энцо — из состоятельной семьи, окруженный любовью матери, кумир окружающих мальчишек. Жак — одинокий, молчаливый, воспитывается отцом, так как мать бросила семью, оставив малолетнего сына. Мальчики соперничают между собой. Вернее, конкуренция важна только для Энцо: Жак без эмоциональной реакции, без борьбы уступает пальму первенства, но Энцо в глубине души знает, что Жак — лучший. Когда Жак только подходит к началу подросткового возраста, его отец-ныряльщик погибает из-за неисправности водолазного оборудования, и мальчик остается один. Далее пути героев расходятся, но спустя 20 лет они встречаются снова. К моменту встречи оба — ныряльщики на глубину без специального оборудования (фридайверы). Но Энцо имеет множество титулов, победитель в международных соревнованиях, а Жак просто зарабатывает своим ремеслом на жизнь и равнодушен к достижениям. Его любовь — море и живущие в нем дельфины, он умеет находить с ними общий язык и чувствует с ними родственную связь. Ближе дельфинов у него никого нет, они научили его нырять и не испытывать страх на большой глубине. Об этом Жак рассказывает Джоанне, молодой американке, которая влюбилась в него и, проявив активность, завязала с ним любовные отношения. Встреча с ней в фильме — как музыка «с дальнего берега давнего прошлого» — воспоминание о матери-американке, которое «ветер весенний ночной» принес ему как вздох от неё.



в действительности являются. Можно заметить, что выраженность характерологических особенностей ограничивается у Энцо акцентуацией: он хорошо адаптирован, богат, пользуется успехом у окружающих, нравятся женщинам, а среди фридайверов ему просто нет равных. Жизнь его протекает вполне успешно, но только до встречи с Жаком. Амбициозность и чувство превосходства, желание быть лучшим вне зависимости от реальных возможностей — побуждают его вызвать на поединок и вступить в роковое соревнование с Жаком. Данные

Энцо уговаривает Жака участвовать в соревнованиях по фридайвингу, и Джоанна становится свидетелем их соперничества. В конце концов, попытка побить рекорд приводит Энцо к гибели, накануне которой он признается, что только на глубине переживает подлинное счастье. Смерть друга, открывшегося Жаку как близкий единомышленник, потрясает его, он слышит зов голубой бездны, которому не может противостоять, влечение к ней оказывается сильнее любви человеческой. И как мать когда-то в далеком детстве оставила его, захваченная новой любовью, так и он не может сопротивляться своему главному с детства влечению и уходит от своей земной любви в глубину, в бездну, которая забрала его отца и в которую погрузился его друг.

Интересно, что два ведущих героя фильма имеют прототипы. Жак Майоль и Энцо Майорка — реальные фридайверы. Майоль, который был консультантом при съемке фильма, утверждал, что погружению на глубину его научил дельфин, показавший ему, как задерживать дыхание, как позволить воде качивать себя, как полностью слиться с окружающей средой, чтобы составить с водой единое целое. (А. Потапов, 2002). Мистические и философские воззрения Майоля о связи человека и дельфина привели его к созданию книги «Ното Delphinus. Дельфин внутри человека». В конце жизни он погрузился в пучину тяжелой депрессии и не смог вынырнуть, покончив собой.

Попробуем проанализировать характерологические особенности основных героев.

Энцо несомненно можно отнести к личностям истерического круга. Один из основных побудительных мотивов его жизни, как и для всех, наделенных демонстративными чертами, — это жажда признания. Особам с такими чертами присуща утрированная экспрессивность речи, рассчитанное на внешний эффект поведение, экстравагантность, стремление привлекать внимание, эгоцентризм, желание казаться больше, чем они

мотивы поведения, а также отсутствие глубоких эмоциональных привязанностей, кроме особых отношений с матерью, указывают на нарциссические черты в его характере. Нарциссический радикал не позволяет принять поражение: зная, что не сможет победить, он оставляет последнее слово за собой и предпочитает красивый жест, погружение в бездну, т.к. смерть избавляет его от неизбежности дальнейших соревнований.

Особенности характера Жака указывают на его принадлежность к категории шизоидных личностей. С детства он необщителен, погружен в себя, живет в собственной реальности, особо не интересуясь окружающей действительностью. Бедность эмоциональных контактов и связей, отсутствие потребности в общении и духа соперничества, обращенность внутрь себя и немногословность заметны уже в раннем возрасте. Сверхценные увлечения, сформировавшиеся в детстве, что, кстати, часто наблюдается у шизоидов (Д.Ю. Борисова), становятся у Жака смыслообразующими в периоде взрослости. Именно они диктуют тип основной деятельности, в которой он оказывается непревзойденным, несмотря на полное отсутствие стремления к демонстрации своей успешности. Этим он кардинально отличается от Энцо. Вступая в соревнование, он не борется, не конкурирует с Энцо, а отдается без остатка своему основному желанию — слиться с океанической глубиной, в которой, по выражению реального Жака Майоля, «охватывает беспричинная радость ...а время исчезает», и человек растворяется, становится единым с океаном и бесконечностью. Таким растворением в вечности становится его последнее погружение в фильме.

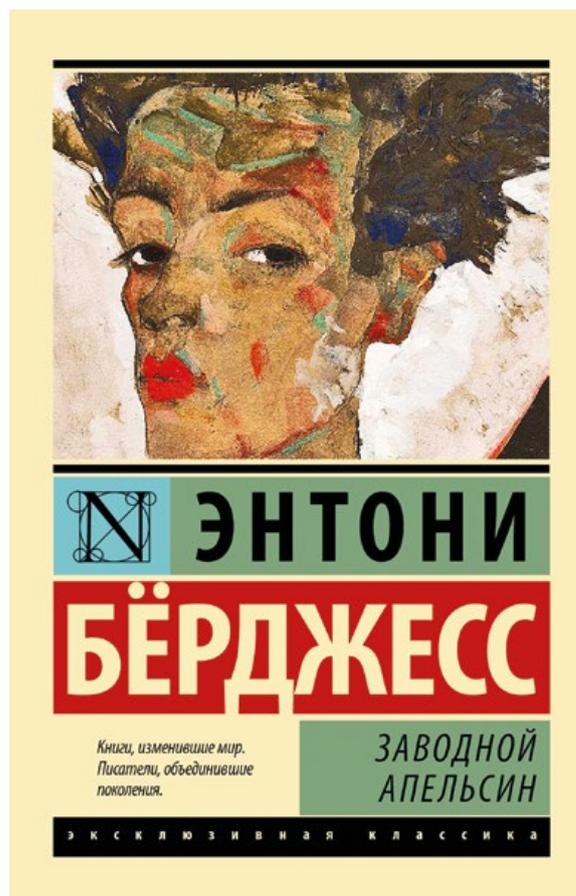
Итак, бездонная голубая бездна (аллегория небытия), в которую пристально вглядывались герои фильма, поглотила и победила, превратив в ничто два микрокосма, две удивительные человеческие жизни.

«ЗАВОДНОЙ АПЕЛЬСИН»

Мы обсуждаем отраженные в художественной литературе и кинематографе образы, соответствующие представлениям о диссоциальном расстройстве личности. В литературе каноническим изображением такого типа считается главный герой романа-антиутопии Энтони Берджесса «Заводной апельсин».

Прежде, чем обсуждать саму книгу, немного поговорим о ее авторе. Энтони Берджесс родился в 1917 г. в Манчестере, в католической семье, не слишком обеспеченной финансово. Отец его — кассир — в свободное время играл на фортепиано. Мать — эстрадная певица — умерла от гриппа, когда мальчику было 2 года. Его воспитанием занимались тётка, а потом мачеха, державшая паб, в котором отец исполнял вечерами для заработка (доходов от бухгалтерской службы катастрофически не хватало) фортепианные мелодии, чтобы развлечь посетителей. Вспоминая детство, будущий писатель вскользь сообщает, что был «белой вороной», подвергавшейся в школе насмешкам и побоям. Юноше удалось закончить университет в родном городе, он был способен и трудолюбив, легко выучил несколько языков, включая русский, и сложные для европейца восточные — японский, малайский.

Во время Второй мировой войны Бёрджесс служил в сухопутных войсках на Гибралтаре, не дождавшись ее окончания, в 1942 г. он женился на Луэлле Ишервуд Джонс (родственнице писателя Кристофера Ишервуда, известного в нашей стране по экранизации одного из своих романов — знаменитому мюзиклу «Кабаре» с Лайзой Минелли). Демобилизовавшись, будущий литератор начал преподавать в школе. С началом супружеской жизни связана болезненная травма семейной пары, преследовавшая их обоих многие десятилетия — беременная Луэлла была избита и изнасилована на улице американскими дезертирами и потеряла ребенка. От этой истории ей оправиться не удалось — последовала затяжная депрессия, суицидальная попытка, прием алкоголя, в 1968 г. она умерла от цирроза печени. Сам писатель тоже не отличался крепким здоровьем — в 43 года он потерял сознание во время урока, была диагностирована неоперабельная опухоль мозга и вынесен приговор — не больше года жизни. Берджесс оставил преподавание и принялся писать, частично — чтобы справиться с душевной болью и страхом, частично — чтобы обеспечить неработающую жену. К счастью, прогноз врачей был ошибочным. Писателю предстояло прожить еще более тридцати лет, написать 30 романов, множество повестей, поэм, сценариев, стихов, стать автором учебников, мемуаров, оперных либретто, переводов на английский классических произведений. Кроме того, как композитор он создал около 250 объ-



емных музыкальных произведений — симфоний, сонат, концертов, опер, мюзиклов, оперетт. Его ждал оглушительный успех после прогремевшей по миру экранизации Стэнли Кубриком «Механического апельсина» с молодым Малькольмом Макдауэллом в роли Алекса. Даже семейную жизнь удалось построить заново — после смерти Луэллы его второй женой стала итальянская княжна, разделившая его литературные и музыкальные интересы.

«Заводной апельсин» — самый знаменитый роман Энтони Берджесса — антиутопия. В Британии будущего на улицах свирепствуют подростковые банды, говорящие на своем особом языке «надцат», созданном для «надцатилетних». Главный герой — школьник Алекс, является лидером одной из таких маленьких группировок. Вечера он проводит с приятелями на улицах и в барах, в одном из них «Корова» пьет молоко, щедро разбавленное наркотиками, в других — алкоголь. Кстати, пристрастие к алкоголю, психоактивным веществам, азартным играм характерно для подростков с диссоциальным расстройством личности, его нам и рисует автор.

Алекс неглуп, несмотря на то, что совершенно равнодушен к учебе, практически необразован, он творит зло не по неведению, дело в том, что моральные нормы чужды ему, такого понятия, как совесть для него не существует. Ему прекрасно известно, где проходит граница добра и зла, что

грабить, избивать, насиловать нельзя. Недаром он уверенно лжет родителям, что честно получает деньги, подрабатывая после школы, врет в глаза проверяющему его сотруднику структуры, напоминающей инспекцию по делам несовершеннолетних; позже, уже в тюрьме, стремясь преуменьшить свою вину, заявляет, что «плохие ребята» уговорили его совершить преступление. При этом его не останавливает боязнь, что за преступление могут наказать, ведь очень многое должно сходить ему с рук, ну максимум, отправят на небольшой срок в исправительную школу. Вообще, герой практически ничего не боится, мало задумывается о последствиях своих действий, кроме самых простых, очевидных, планирует он не больше, чем на один-два шага вперед, что тоже свойственно подобным пациентам.

Он совершенно безразличен к чувствам других, будь это сотрудники магазина, который он грабит вместе с приятелями, случайный посетитель, увиденный в баре, женщина, которую он насилует в ее собственном доме, зверски избиваемая старушка, да и один из соратников по банде, внезапно вышедший из повиновения и жестоко изрезанный в наказание. Окружающих, особенно свои жертвы, он воспринимает отстраненно и высокомерно-безразлично, создается впечатление, что они, как картонные марионетки, существуют только, чтобы его позабавить, если не могут стать источником прямой выгоды.

Правила и законы окружающего мира воспринимаются им как нечто практически не имеющее к нему отношения, что-то, специально созданное, чтобы было, что нарушать; он пренебрегает ими, они его просто не интересуют или даже добавляют дополнительный вкус совершаемым преступлениям. Угнать машину, потому, что захотелось покататься, покалечить ни в чем не повинного человека, случайно оказавшегося рядом, избить продавщицу в магазине, ведь это «забавно», изнасиловать женщину — все это составляет содержание его жизни.

Высшие эмоции — любовь, дружба, привязанность, благодарность (кроме элементарных инстинктов) для него — пустой звук, он просто не способен их испытывать. Если бы с ним заговорили на подобные темы, он бы высмеял собеседника. У Алекса нет друзей, только соратники по банде, недаром они так легко предают друг друга, даже своеобразный кодекс чести не удерживает их вместе, при малейших неприятностях каждый защищает только самого себя. С родителями отношения тоже довольно холодные, сам герой равнодушен к ним, да и они особого тепла не проявляют. Выйдя из тюрьмы, Алекс обнаруживает, что для него не осталось места в родном доме — в его комнате поселился жилец, никто его не ждет. Просьба вернуться домой, высказанная ими позже, обусловлена простыми соображениями вы-

годы. Единственное, к чему равнодушен герой, кроме элементарных витальных удовольствий, классическая музыка, только интерес к ней придает ему что-то человеческое.

Алекс хорошо понимает один язык — язык силы. Агрессивный и жестокий, оказавшись в тюрьме, где сам подвергается насилию, он соглашается на рискованный эксперимент. Прекрасно осознавая, что исправить Алекса и ему подобных пенитенциарная система не в состоянии, ученые предлагают ввести ему некий препарат, блокирующий проявления агрессии. Проблема в том, что после этого вмешательства сам герой не изменился кардинально, да и не мог, он просто стал неспособен проявлять злобу, отвечать на нее, совершать насилие, но оказывается беззащитен к его проявлениям со стороны других. Теперь уже его самого избивают, унижают, калечат. Однако желания изменить что-то в себе, посмотреть на окружающий мир по-другому, понимания, что он сам виноват в происходящем, у него не возникает. Именно поэтому после полученной тяжелой травмы, когда действие препарата прекратилось, он с радостью возвращается к привычному образу жизни; он ни в чем не раскаивается, не испытывает угрызений совести, сожалений — на это он по-прежнему не способен.

Книга заканчивается тем, что после всех перипетий Алекс возвращается к тому, с чего начал, ведь неспособность испытывать чувство вины, муки совести и делать выводы из жизненного опыта, особенно опыта наказания — характерные свойства таких личностей — остаются с ним.

Подобных персонажей в разных ипостасях описывают многие авторы, вереница коварных, способных на что угодно героев встает со страниц совершенно непохожих по жанру произведений. Это и угодливо-скользкий Урия Гип Чарльза Диккенса в «Жизни Дэвида Копперфильда», начинавший в детстве как ябеда и подлиза и заканчивающий отпетым мошенником и шантажистом, и гениальная манипуляторша — жена главного героя, методично подводящая мужа к обвинению в собственной смерти и тюремному сроку за несуществующее преступление — в «Исчезнувшей» Джиллиан Флинн, и внешне респектабельные персонажи романов Рут Ренделл, способные обокрасть, убить, методично истязать даже самых близких без малейших сомнений...

Подробно останавливаться на проблемах лечения подобных пациентов мы не будем, они мало заинтересованы в терапии, не расположены к сотрудничеству с врачом, известно, что до 80 % диссоциальных личностей самовольно обрывают ее на ранних этапах. Несколько более успешна у таких больных терапия расстройств влечений, связанных с приемом алкоголя и психоактивных веществ, особенно если удастся донести до них мысль о непосредственной опасности для их соб-

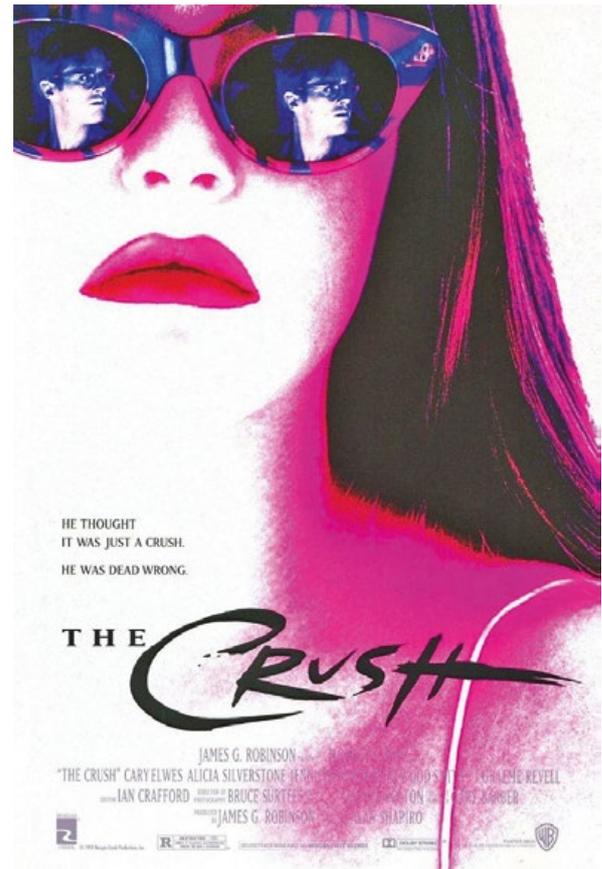
ственного здоровья таких нарушений. По понятным причинам, более эффективна в таких случаях бывает длительная принудительная курация, назначенная по решению суда.

«ВЛЕЧЕНИЕ БЕЗ ВЗАИМНОСТИ»

Фильм «Влечение без взаимности» (иногда он фигурирует как «Роковое увлечение», заставляя вспомнить о «Роковом влечении» с Майклом Дугласом и Гленн Клоуз), был поставлен Аланом Шапиро (в России известного мелодрамой «Флиппер» с Элайджей Вудом, о дружбе мальчика и дельфина), вышел в свет в 1993 г. Оригинальное его название — *The Crush* — раздавливание, подавление, сокрушение.

Николас Элиот (Кэрри Элвис) — талантливый и привлекательный молодой журналист, получив престижную и прекрасно оплачиваемую работу в популярном журнале, переезжает в другой город. Он снимает уютное бунгало у уважаемых супругов Форрестер. Интересная работа, новые коллеги, среди которых сразу же появляется явно симпатизирующая ему и заинтересованная в романтических отношениях очаровательная Эми, тем более сближает с ней работа в тандеме — она фотограф. Теперь у него все пойдет отлично, но... симпатичный гостевой домик, снятый им у богатой, милой, ни во что не вмешивающейся пары в престижном местечке, таит опасность. Эту опасность зовут Дэриан — 14-летний тинэйджер, дочь хозяев дома. Шестнадцатилетняя Алисия Сильверстоун блестяще сыграла в этом фильме свою первую заметную роль (она получит за нее две престижнейшие награды MTV Movie Awards и по праву). В ее исполнении героиня очень убедительна, актриса, тогда сама еще подросток, своим обликом, мгновенно меняющейся мимикой, пластикой, нарочитой невинностью в выражении глаз, через мгновение становящихся то хитрыми, то злыми, резкими переходами от истерик к жестокости, характерным движением плеча прекрасно передает истинный характер юной мисс Форрестер.

Дэриан нельзя не заметить, перед нами белозубая юная красавица с безупречной кожей, идеальной фигурой и гривой белокурых волос, блестящая наездница, виртуозная пианистка, прекрасная собеседница, умная, с хорошими манерами. Она начала откровенно завлекать нового соседа, демонстрируя взрывоопасную смесь полудетской невинности и откровенной сексапильности, быстро превратившуюся в откровенное преследование. На фоне ее природной сверкающей притягательности бледной и неинтересной выглядит Эми, объективно вполне привлекательная, неглупая, энергичная молодая женщина, угловатым ребенком смотрится приятельница-ровесница Шайен. Ник заинтересовался прелестной соседкой, но ис-



кушению не поддается, его нравственные принципы взрослого 28-летнего мужчины не позволяют думать о близких отношениях с ребенком. Не встретив взаимности, кокетливая девочка-подросток из хорошей семьи стремительно трансформируется сначала в опытную интриганку, а чуть позже — в одержимую ревностью и злобой мстительницу. Ведь она привыкла всегда получать все, что хочет. Если предмет ее желания не достанется ей, то и никому другому не видать с ним счастья, да и ему самому не знать ни покоя, ни радости...

Многие зрители сравнивают эту картину с «вывернутой наизнанку» «Лолитой»... Другие говорят о синдроме Адели. Позвольте не согласиться. В этом фильме есть все что угодно, только не любовная история, пусть недопустимая или выдуманная. Попробую обосновать свое мнение.

Главная героиня полностью отвечает критериям диссоциального расстройства личности по МКБ-10.

1) Бессердечное равнодушие к чувствам других.

Стремясь получить желаемое, будь то победа в соревнованиях или чье-то внимание, героиня совершенно не обращает внимания на интересы, желания и эмоции окружающих. Она полностью и самозабвенно поглощена собой, даже потенциального возлюбленного воспринимает не как человека, а как объект своего интереса, нечто вроде живой куклы, которую хочет получить.

2) Грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежение социальными правилами и обязанностями.

Сломать чужую машину, подстроить несчастный случай, обвинить невинного в тяжком преступлении, подбросив улики, собственными руками покалечить, убить соперницу, объект влечения или родного отца, довести кого-то до самоубийства — Дэриан не гнушается ничем и, самое страшное, не видит в этом ничего особенного.



Все что помогает ей достичь цели, победить, отомстить, по ее мнению, правильно и хорошо, ни малейших сомнений, колебаний она не испытывает.

3) Неспособность поддерживать отношения при отсутствии затруднений в их становлении.

Вспомним, что у этой красавицы и умницы нет друзей, только единственная приятельница, в рассказе о ней Николасу Дэриан — редкий случай — говорит правду. Невзрачная и нескладная Шайен просто находится рядом, оттеняя красавицу героиню, тем более, что их матери дружат. Да что друзья, по ходу действия фильма родителей-то мы видим очень редко. Создается впечатление, что они малозначимы для героини, нужны лишь для обеспечения привычного материального комфорта, оплаты дорогостоящих занятий, красивого дома, модной одежды, сами же практически ничего не знают о ней и не слишком этого хотят. Отец, правда, в конце проявляет заботу о дочери, пытается защитить ее, но этим лишь усугубляет ситуацию.

4) Низкая толерантность к фрустрациям, а также низкий порог разряда агрессии, включая насилие.

Посмотрите, как мгновенно меняется ее лицо, когда она видит Ника в обществе Эми — оно искажается злобой и яростью, лишь только объект ее желаний представляет соперницу как свою девушку.

5) Неспособность испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, особенно наказания.

Героиня вновь и вновь настойчиво пишет письма своей жертве — абсолютно ни в чем не виноватому (может, лишь в излишнем простодушии) Нику, лишь чудом избежавшему тюрьмы или смерти. Она хладнокровно лжет врачу (непонятно, почему он этого не видит), лицемерно заявляя, что думает лишь о прощении за свои проступки, а в конце фильма — многозначительная сцена без слов, когда Дэриан долго-долго рассматривает фотографию доктора со спутницей и начинает потихоньку улыбаться — новая жертва выбрана...

Теперь вспомним, что говорится по этому поводу в DSM-V. Для асоциального расстройства личности (такое название имеет в этой классификации обсуждаемая личностная девиация) характерны (кроме очень схожих с МКБ-10 критериев) следующие особенности.

1) Склонность ко лжи, обману и манипуляциям, стремление получить от этого выгоду или удовольствие.

Героиня постоянно управляет окружающими, заставляя их поступать так, как она того хочет, говорит неправду, глядя прямо в глаза, подтасовывает факты, делая это не из любви к фантазиям, стремления представить себя интересной, значимой, не от страха, а исключительно для достижения собственных целей.

2) Тенденция обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему поведению, приводящему к конфликту с обществом.

Снова вспоминается ситуация в больнице, когда продолжение преследования героиня выдает за попытку попросить прощения.

3) Пренебрежение собственной и главной целью безопасностью. На тренировках при подготовке к скачкам, в ситуации в фотолаборатории, во время падения Ника с лестницы, при обвинении несостоявшегося возлюбленного в изнасиловании (это помимо прямых криминальных действий), Дэриан постоянно создает опасные для здоровья и жизни других ситуации, причем делает это с откровенным удовольствием.

Специалисты считают, что базовым свойством подобного расстройства является недоразвитие у индивидуума высших нравственных чувств. Под «маской здравомыслия» (по выражению Х. Клек-

ли) и ярким внешним обаянием у этих личностей прячутся эгоизм, неискренность, неспособность к сочувствию, неумение строить прочные отношения с людьми, планировать свою жизнь. В англоязычной традиционной терминологии их нередко именовали «социопатами». Недавно вышедшая на русском языке книга клинического психолога Марты Стаут, так и называется — «Социопат по соседству», правда она предназначена для неспециалистов, но содержит много примеров из собственной практики автора.

Героя фильма ждал хэппи-энд, героиня оказалась в больнице, а что же делать с такими пациентами в реальной жизни? К сожалению, прогноз неважный. Поскольку такие пациенты, пусть по степени выраженности криминальных наклонностей и не доходящие до такой степени тяжести, не критичны к своим проблемам, то в лечении они заинтересованы редко. Кроме того, часто, особенно в пубертате, больные склонны к разного рода аддикциям (химическим и нехимическим), девиациям влечений, в том числе, повышенной сенсорной жажде, что еще осложняет оказание им помощи. Очень важной оказывается личность врача, если удастся достичь комплаенса, то лишь благодаря его авторитету.

Эффективнее всего оказывается длительное лечение в стационаре с применением, в зависимости от конкретных нарушений, корректоров поведения (в том числе, антипсихотиков), нормотимиков, при необходимости (при депрессивных нарушениях), антидепрессантов. При амбулаторной терапии, часто отмечаются необоснованные ее обрывы, пациенты нередко пытаются исчезнуть из поля зрения врача, контролировать процесс курации затруднительно. В этих случаях незаменимы оказываются пролонгированные формы препаратов, позволяющие заметно уменьшить кратность приема. Что касается психотерапии, то результативны поведенческая, бихевиоральная, психодинамическая и психоаналитическая терапия.

«ПАРАЗИТЫ»

Книга Рю Мураками «Паразиты» вышла в 2000 году. К этому времени автор уже был известен в Японии и за её пределами как скандальный писатель. Мураками Рюноске родился в 1952 г. и рос в городе, где располагалась американская военная база, испытал на себе влияние западной культуры, увлекался рок-музыкой и субкультурой хиппи, принимал участие в акциях протеста против американской военной оккупации Японии. Учась в художественном университете, написал свой первый роман «Все оттенки голубого» (1976), в котором описал темные стороны японской действительности. Роман произ-



вел сенсацию своим скандальным содержанием и был удостоен литературной премии Акутагавы. В дальнейшем Рю Мураками написал еще несколько романов, а также выступил как кинорежиссер, снимая киноверсии своих собственных произведений. В 2005 г. награжден премией Номы и фактически был признан классиком современной литературы Японии. Многие произведения писателя переведены на русский язык. Культуролог Е.М. Моисеева (2011), исследуя его романы, находит в них черты постмодернизма: интерес к маргинальным элементам общества, неэмоциональные, отчужденные межличностные взаимодействия, «эстетика отвратительного», безучастное отношение героев к бессмысленности. По её мнению, Рю Мураками вполне соответствует определению «компьютеризированный писатель», а его творения можно использовать как «базу данных» о катастрофах, перверсиях и возможных маргинальных социальных ролях. Е.М. Моисеева предлагает рассматривать изображенное в его романах зло «как попытку противопоставить хоть что-то окружающей пустоте». Вероятно, именно этим присутствием

духовного вакуума, который улавливает автор в современной реальности, можно объяснить распространение в последние десятилетия своеобразного и специфического, особенно для Японии, социального феномена, называемого **хикикомори** (яп. — устраниваться, находиться в уединении).

Хикикомори — сравнительно новое явление, наблюдающееся и в странах западной культуры, но наиболее часто — в современной Японии. Хикикомори или хикки — это люди, отказавшиеся от любых социальных контактов, изолирующие себя и не выходящие на улицу не менее полугода, нередко такая изоляция может длиться несколько лет, а в некоторых случаях — 8–10 лет и более. Хикки чаще всего живут на иждивении родителей или получают пособие по безработице, иногда подрабатывают в Интернете (программистами, художниками аниме и т.п.). Они предпочитают не выходить из своей комнаты, и лишь изредка, как правило, ночью могут покидать свое жилище. Для Японии это масштабная социальная проблема: по сведениям правительства, в 2010 г. такой образ жизни вели 700–850 тыс. человек, а еще 1,5 млн человек находились на грани превращения в хикикомори (данные из «Википедии»). Подростковый психиатр Тамаки Сайто, который предложил термин «хикикомори» около 20 лет назад, полагал, что число таких людей в Японии составляет 1 % от численности населения («Википедия»). Происхождение этого явления до конца не ясно. Данный синдром не имеет окончательного медицинского толкования и статуса психического расстройства: полагают, что состояние хикикомори вызвано сочетанием социальных и психологических причин, немаловажную роль в его происхождении играют также особенности японской культуры и менталитета. Хикикомори происходят из обеспеченных семей, которые могут содержать неработающих взрослых детей. Исследования в этой области, проводимые психиатрами, психологами и социологами, объясняют феномен хикикомори по-разному. С точки зрения японских психиатров, наряду с разнообразной психической патологией (расстройства аутистического спектра, шизофрения, депрессивные состояния, тревожные и социофобические расстройства, личностные девиации) среди хикикомори могут наблюдаться лица без психических отклонений. Данное нарушение обычно начинается в пубертате и растягивается на юношеский возраст, но может захватывать и период зрелости. Люди с подобной девиацией перестают выходить из дома, отказываются от посещения школы и общения со сверстниками, родственниками и знакомыми. Они ведут ночной образ жизни, их контакты ограничиваются социальными сетями, форумами, онлайн-играми, что, по сути, является суррогатом общения, обменом информацией, а не подлинным диало-

гом с другой личностью. Основной реальностью для таких людей становится виртуальный мир. В связи с распространением этого явления в Японии появились организации, занимающиеся реабилитацией хикикомори, группы поддержки для родителей.

Проблема хикикомори показана в документальном фильме «Не выходи из комнаты» снятом режиссером А. Сомовым и оператором А. Воробьем (<https://doc.rt.com/filmy/hikikomori-ne-vihodi-iz-komnat/>). В этом фильме участвуют сами хикки — бывшие и настоящие, а также японский психиатр Терио Мияниши, который считает феномен хикикомори чисто японской психической патологией, свойственной молодым японцам, и вплотную занимается людьми, ведущими образ жизни добровольных затворников.

Хикикомори изображаются также в кинофильмах, аниме, литературных произведениях, в частности в книге Рю Мураками «Паразиты». Основная идея романа — попытка обрести смысл в мире, погрязшем во лжи. Главный герой — психически больной юноша по имени Уихара, ставший хикикомори в подростковом возрасте. Он не выдерживает предъявляемых ему требований враждебного социума, ненавидит его и стремится убежать от людей. В течение 8 лет Уихара не покидал своего жилища, ни с кем не общался, испытывая отвращение к людям, миру, родным и себе. Когда мать подарила ему ноутбук, Уихара вступил в виртуальное общение с хакерами из организации «Интер-Био» и признался, что в его теле живет червь, в существование которого никто не верит. Ради шутки хакеры убеждают Уихару, что червь «хослокатерия» поселяется в теле избранных и наделяет их правом уничтожения, убийства и самоубийства. Окрыленный этой идеей Уихара испытывает «озарение», обретая смысл жизни, и выходит из добровольного затвора, чтобы начать действовать. Он убивает отца, хакеров, подсказавших ему мысль об избранности, а также предвкушает, как будет выполнять свою миссию в дальнейшем. Окружающих людей он воспринимает как вовлеченных в пустую игру и подлежащих истреблению биороботов. Его переполняет радостное чувство обретения и причастия высокой Истине, ведь она — удел живого человека, а не этого «скопища мертвецов», паразитов, которые уже приговорены им к смерти. Таким образом, единственно правильным и незыблемым для героя становится бредовое понимание окружающего, а шизофреническая реальность — спасением от окружающих его лжи и зла. На этом мрачный роман заканчивается. В послесловии автор высказывает предположение, что тот, кто сознательно отрекается от общепринятых фальшивых ценностей мира, в действительности стремится избавиться от лжи.

«ВИНОВАТЫ ЗВЕЗДЫ»

«Виноваты звёзды» (*The Fault in Our Stars*) — мелодрама американского кинорежиссера Джона Буна, вышедшая на экраны в 2014 г., экранизация одноименного романа американского писателя Джона Грина. Авторы сценария — Скотт Нойштадтер, Майкл Х. Уэбер. Композиторы — Майк Могис, Нейт Уолкотт. В главных ролях — Шейлин Вудли (Хейзел Грейс Ланкастер), Энсел Эльгорт (Огастус Уотерс) и Уиллем Дефо (Питер Ван Хутен).

Сюжет фильма повествует о встрече и вспыхнувшей любви двух подростков — Хейзел и Огастуса. Оба находятся в терминальной стадии онкологического заболевания: у Хейзел — рак щитовидной железы с метастазами в легкие, у Огастуса — остеосаркома с множественными метастазами. Мать Хейзел, видя, что девушка находится в депрессии, уговаривает её кроме приёма антидепрессантов также посещать группу психологической поддержки для больных раком подростков. Среди участников оказывается и Огастус, который влюбляется в Хейзел с первого взгляда. Оба знают, что обречены, что их жизнь скоро оборвется, но все-таки живут насыщенной эмоциональной жизнью, полностью расходуя свой внутренний потенциал. В финале фильма Огастус умирает, Хейзел остается жить, но дни её тоже сочтены. Несмотря на печальный конец, фильм не оставляет чувства безысходности.

Проанализируем этот фильм с точки зрения психиатра, которому по роду деятельности приходится сталкиваться с проблемами психического здоровья несовершеннолетних, страдающих раком. Можно отметить, что в фильме правдиво представлены особенности эмоциональных реакций таких подростков. Возможно, это связано с тем, что роман, по сюжету которого была создана картина, основан на реальной истории: Джон Грин написал его под впечатлением знакомства с девушкой-подростком, умирающей от рака.

Психически здоровым подросткам свойственны своеобразные психогенные реакции на опасные онкологические заболевания, которые, с одной стороны, похожи на реактивные образования взрослых на такие же недуги, с другой — заметно отличаются от них. В частности, их реакции полностью не захватывают их личность, парциальны, а поведение, образ жизни и переживания подростков, даже смертельно больных, остаются эмоционально насыщенными, устремленными в будущее, наполненными поиском смысла бытия. Тяжесть пережитого опыта и страдания накладывают особый отпечаток на таких подростков, они глубже и взрослее сверстников, зачастую в процессе болезни у них происходит трансформация жизненных приоритетов, изменение отношения к миру и себе, т.е. наблюдается так называемый посттравматический рост личности.



Кроме того, они плохо переносят наложенные на них ограничения свободы, нередко протестуют, отстаивают свою независимость. Протесты могут выливаться в отказ от лечения, проявляться нарушениями режима, попыткой вести прежний образ жизни, если физическое состояние позволяет это сделать. Рассмотрим, как всё это иллюстрирует фильм.

Главная героиня больна раком, но помимо этого она также страдает депрессией, о чем свидетельствуют её слова: «Депрессия — побочный продукт умирания». Хейзел серьезна, неулыбчива, внутренне одинока, избегает неформальных отношений со сверстниками. Она уже приняла правду о своем состоянии, не протестует и знает, что безнадежно больна, стремится мыслить рационально и не пленяться несбыточными надеждами, понимая, что «мир — не фабрика по исполнению желаний». Она покорно принимает антидепрессанты, посещает психологическую группу поддержки, но не потому, что сама хочет этого, а чтобы не огорчать родителей. Хейзел их, безусловно, любит и беспокоится о том, что будет с ними после её смерти, смогут ли они обрести смысл в дальнейшей жизни. Девушка и её родители избегают разговоров о неизбежно печальном конце, потому что мать и отец боятся вслух признать, что смерть стремительно приближается, а Хейзел не хочет

слышать фальшивые уверения об ожидающей её долгой жизни. Это типичная ситуация: разговор о смерти в семье умирающего — табу почти всегда. Хейзел подозревает, что в жизни и смерти нет смысла, но озвучивает это вскользь, не настаивая на этом. Она пытается понять, отчего её судьба сложилась именно так, и ищет ответ в книге Питера Ван Хутена, которую постоянно перечитывает. Хейзел старается быть рациональной и не проявлять эмоции, однако изнутри её переполняют чувства, и она, как следует из её собственного свидетельства, — «граната».

Огастус — другой, он не похож на Хейзел. В связи с заболеванием ему ампутировали нижнюю конечность. Очевидно, что он переживает физический недостаток и одновременно бравирует им, демонстрируя свой металлический протез на первой же встрече в группе поддержки и заявляя, что у него «все о`кей». Его реакция на болезнь иная — она как бы не видна, юноша заявляет, что у него все прекрасно, а в группу он пришел лишь для того, чтобы поддержать больного товарища. Огастус продолжает жить обычной жизнью, смотреть любимые боевики и фильмы ужасов, играть в компьютерные игры, шутить и радоваться. Когда Огастус с Хейзел уезжают в Амстердам, чтобы встретиться с любимым писателем девушки, он уже не только знает о своем смертельном недуге, но и то, что «нашпигован» метастазами, однако предпочитает «быть позитивным» и игнорировать факты. Единственная его печаль, как он признается, — невозможность оставить заметный след в жизни. Как все подростки, он мечтает, пытается понять смысл своего существования, размышляет, для чего он живет и что должно остаться после его ухода из этого мира.

Антагонистом личностей подростков выступает писатель Питер Ван Хутен. Встреча с ним приводит к развенчанию фальшивого образа. Если подростки ищут истину и искренни в этом поиске, то Питер Ван Хутен после перенесенной болезни не может преодолеть свой страх перед жизнью и смертью, погружается в пучину отчаяния, оказываясь, выражаясь современным языком, симулякром. Реакция писателя на встречу с подростками демонстрирует его эгоцентризм, а исходящий от них свет — мрачную пустоту его души, отсутствие поиска истины.

Любовь Огастуса и Хейзел преображает их жизнь, и они обретают подлинный смысл, который не может быть утрачен никогда. Их небольшой жизненный опыт венчается открытием бессмертности бытия, огромностью любой человеческой души. Переживая это, Хейзел благодарит умирающего Огастуса «за нашу бесконечность», утверждая, что он «подарил ей вечность». Несмотря на всю трагичность смерти в юном возрасте, души подростков остаются чуждыми трагедии, они причастны подлинному бытию. Их любовь оставляет тот неисчезающий след в душах окружающих,

о котором так мечтал Огастус: это подобно тому, как после взрыва сверхновой звезды свет сохраняется и после её исчезновения. Потому что «свет во тьме светит, и тьма не объяла его».

«ШЕСТЬ СТЕПЕНЕЙ ОТЧУЖДЕНИЯ»



Фильм «Шесть степеней отчуждения» создан по мотивам пьесы Джона Гуэйра (John Guare) австралийским режиссером Фредериком Аланом Скеписи в 1993 г. Сценарий для кинокартины адаптирован Джоном Гуэйром, музыку написал Джерри Голдсмит. В главных ролях Уилл Смит (Пол), Дональд Сазерленд (Флэн Киттридж), Стокард Ченнинг (Уиза Киттридж).

Фильм об отношениях между людьми, их представлениях о друг друге, подлинности чувств, смысле жизни.

Существует предположение, что любые два человека в мире могут быть соединены последовательностью личных контактов через шесть человек — всего шесть степеней отчуждения между любыми людьми на земле. Остается только найти тех самых шестерых. В нашей стране эта идея известна под названием «теории шести рукопожатий», по-английски же её именуют «теорией о шести рубежах отдаления».

Однажды вечером к богатой семейной паре Уизе и Флэну Киттриджам приходит симпатичный молодой человек по имени Пол, который представляется им как друг их детей по университету. Пол сообщает, что он внебрачный сын знаменито-

го актера Сидни Пуатье, что он подвергся нападению грабителей в Центральном парке Нью-Йорка, которые отобрали у него все деньги и дипломную работу. Личность Пола, его обаяние, философские суждения о жизни, о литературе, образованность очаровывают их, Киттриджи дают ему денег, любимую розовую рубашку сына и приглашают переночевать в их доме. Позже выясняется, что Пол — парень «с улицы», не имеющий отношения к миру высокопоставленных и успешных людей, выдумщик и псевдолог, все его истории — плод богатой фантазии, вымысел, таким же образом обманывая, он знакомится и с другими приятелями из их среды. Пол ничего не крадет, не вымогает, не просит, он только очаровывает: люди сами дают ему деньги, стремятся поддержать и помочь. Но ложь в конце концов оказывается не невинной сказкой, а приводит к трагическим последствиям (самоубийству одного из обманутых молодых людей) и столкновению с законом. За сказочной жизнью следует обрушение во тьму: Пол оказывается в тюрьме и кончает собой, повесившись на розовой рубашке, подаренной ему четой Киттриджей. Однако вторжение Пола в жизнь богатых и благополучных людей запускает такую череду событий, что становится очевидной та степень отчуждения, которая на самом деле существует между, казалось бы, очень близкими людьми — родителями и детьми, друзьями, мужем и женой. Разоблачается суть отношений — неподлинность чувств и неличность связей. Происходит не сближение, не объединение людей, а наоборот — их разделение, сепарация.

Почему же сочувствие зрителя оказывается на стороне Пола — человека, совершающего в общем-то безнравственные поступки, лжеца и извращенца, а не на стороне тех, кого он обманывает? Существует ли в принципе ответ на этот вопрос?

Рассматривая личность Пола с точки зрения психиатра, можно отнести его к категории истерических личностей. Пол одинок, происхождение его неизвестно, он не имеет дома, не имеет семьи. Душа его влечется к красоте, к чему-то чудесному, чем он не обладает, к «звездному небу над головой», но нравственный закон внутри него не запрещает ложь. Основная цель Пола — стать тем, кем он не является. Его воображение может все, с его помощью он сам становится другим и изменяет реальность, конструирует свою историю, свое происхождение. Он настолько вживается в придуманную ситуацию, что сам в неё верит. Он жаждет другой жизни, другой среды обитания. Его ложь в какой-то степени бескорыстна, т.к. не преследует цели обогащения, он существует только в настоящем, в той радости и удовольствиях, которые можно получить здесь и сейчас, его жизнь не опирается на подлинное прошлое (оно выдуманно) и не простирается в будущее (он не озабочен последствиями своих поступков). Человек для него —

только проводник в другой мир, мир причудливый и заманчивый. Он увлеченно играет людьми, их чувствами, соблазняет, очаровывает, обманывает. В процессе общения он не преобразуется, не познает, а придумывает себя. Идентичность его зыбкая и размытая, он смотрит в других, как в зеркало, чтобы увидеть вымышленный образ. Он как бы и не существует, в подлинном бытии его нет. Как мотылек он летит к пламени, в котором ему суждено сгореть. А ведь в нем была какая-то красота, отблеск таланта, Божественная искра. Это бедное человеческое существо пыталось вырваться из предназначенной ему волей судьбы течения жизни, жаждало иного, чего-то возвышенного и красивого, но попало под мельничные жернова такого устройства мира, которое невозможно изменить, которое уничтожает его, вновь опуская на дно, причем в более inferнальные слои, где это несчастное существо погибает. «Сыплются кости наши в челюсти преисподней». Однако именно этот человек оказывается инструментом, орудием в руке Божьей для обличения неправды мира, с его помощью вскрывается ничтожество и бессмысленность существования окружающих его людей, к обществу которых он так стремился, срываются фарисейские маски показного благочестия, за которыми можно спрятать собственную пустоту.

Кто-то сказал, что люди идут в кино, как к психологу, чтобы лучше понять себя и разделить с кем-то ценный эмоциональный и духовный опыт. Думается, что при просмотре фильма «Шесть степеней отчуждения» это вполне возможно.

Рекомендованная литература

1. Кравченко Н.Е. Практическая характерология с элементами прогнозирования и управления поведением. Методика «семь радикалов». Рецензия на книгу В.В. Пономаренко. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2018 (1): 35-37.
2. Максимов В.И. Семь радикалов характера. Сопоставление с клинической психопатологией. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2021 (1/2): 56-583.
3. Кравченко Н.Е. Фильм «Голубая бездна»: комментарий практикующего психиатра. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2018 (1): 38-39.
4. Головина А.Г. «Заводной апельсин»: комментарий практикующего психиатра. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2018 (2): 45-46.
5. Головина А.Г. Фильм «Влечение без взаимности»: комментарий практикующего психиатра. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2018 (2): 47-49.
6. Кравченко Н.Е. «Паразиты» Рю Мураками: рецензия на роман. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2018 (3/4): 50-51.
7. Кравченко Н.Е. Фильм «Виноваты звезды»: комментарий практикующего психиатра. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2021 (1/2): 49-51.
8. Кравченко Н.Е. Фильм «Шесть степеней отчуждения»: комментарий практикующего психиатра. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2021 (1/2): 52-53.

Монотерапия коморбидных депрессивного и обсессивно-компульсивного расстройств флувоксамином на клинических примерах

Н.Л. Зуйкова¹, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО МИ РУДН имени Патриса Лумумбы;

И.В. Салытцев¹, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО МИ РУДН имени Патриса Лумумбы;

О.В. Михеева¹, ассистент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО МИ РУДН имени Патриса Лумумбы;

В.Э. Медведев¹, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО МИ РУДН имени Патриса Лумумбы (medvedev_ve@pfur.ru)

¹ Факультет непрерывного медицинского образования Медицинского института РУДН имени Патриса Лумумбы (117198, РФ, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 21)

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) и депрессия обнаруживает тесные коморбидные взаимосвязи. Высокая частота коморбидности ОКР и депрессии обосновывает необходимость проведения тщательного дифференциально-диагностического поиска и затрудняет подбор терапии. При этом общепризнанным фактом является необходимость использования для терапии ОКР более высоких доз селективных ингибиторов обратного захвата серотонина по сравнению с таковыми при депрессиях. Оригинальный флувоксамин (Феварин®) является препаратом выбора для лечения коморбидных ОКР и депрессии.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, депрессия, флувоксамин.

Monotherapy of comorbid depressive and obsessive-compulsive disorders with fluvoxamine using clinical examples

N.L. Zuikova¹, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology of the Russian National Research Medical University. Patrice Lumumba;

I.V. Salyntsev¹, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology of the Russian National Research Medical University. Patrice Lumumba;

O.V. Mikheeva¹, Assistant Professor at the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, Moscow State Medical University. Patrice Lumumba;

V.E. Medvedev¹, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology of the Patrice Lumumba Moscow State Medical University (medvedev_ve@pfur.ru)

¹ Faculty of Continuing Medical Education of the Patrice Lumumba RUDN University Medical Institute (21 Miklukho-Maklaya str., Moscow, 117198, Russian Federation)

Obsessive-compulsive disorder (OCD) and depression show close comorbid relationships. The high frequency of comorbidity of OCD and depression justifies the need for a thorough differential diagnostic search and makes it difficult to select therapy. At the same time, it is generally recognized that it is necessary to use higher doses of selective serotonin reuptake inhibitors for OCD treatment compared to those for depression. The original fluvoxamine (Fevarin) is the drug of choice for the treatment of comorbid OCD and depression.

Keywords: obsessive-compulsive disorder, depression, fluvoxamine.

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) и депрессия обнаруживают тесные коморбидные взаимосвязи. Так, аффективные расстройства и ОКР одновременно выявляются у 37,1–42,7 % пациентов [1–3]. При этом одной из значимых проблем является высокая частота злоупотребления различными психоактивными веществами, в том числе и в целях самолечения, что в некоторых случаях выявляется у 60 % всех пациентов [4].

Высокая частота коморбидности ОКР и депрессии обосновывает необходимость проведения

тщательного дифференциально-диагностического поиска и затрудняет подбор терапии.

Согласно современным клиническим рекомендациям, первой линией терапии как ОКР, так и депрессии являются антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) и когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). При этом общепризнанным фактом является необходимость использования для терапии ОКР более высоких доз СИОЗС по сравнению с таковыми при депрессиях [5].

Выбор препаратов из класса СИОЗС в качестве первой линии психофармакотерапии связан с их оптимальным профилем эффективности и безопасности. В долгосрочной перспективе различные антидепрессанты из класса СИОЗС демонстрируют сопоставимую эффективность, но несколько отличаются друг от друга в плане переносимости [6–7]. В связи с этим у большинства пациентов рекомендована постепенная титрация дозировок СИОЗС к верхней границе. Выводы авторов находят подтверждение в клинических исследованиях. В частности, в шестинедельном открытом проспективном неконтролируемом исследовании терапевтической эффективности и переносимости флувоксамина (50–300 мг/сут, средняя доза 125 мг/сут) при лечении пациентов с дисморфией (относимой сегодня в МКБ-11 к расстройствам обсессивно-компульсивного спектра [8]) в рамках депрессивного и тревожно-ипохондрического синдрома, к моменту завершения наблюдения клинически значимое улучшение (пациенты, квалифицированные как респондеры по принятым в исследовании критериям) фиксируется у 71 % больных [9].

В клинической практике накапливаются данные о том, что ответ на терапию СИОЗС может развиваться раньше 6 недель, например, при использовании флувоксамина [10–12]. Помимо более высокой частоты ответа при применении флувоксамина, ранняя терапевтическая динамика является достоверным предиктором курсового ответа на терапию им с чувствительностью до 77 % и специфичностью до 85,7 % [13–16]. Важно отметить, что по мнению разных авторов, флувоксамин также эффективен при гетерогенных психогенно-провоцированных расстройствах: депрессии [11, 17–18] и постковидной тревоге [18–19], посттравматическом стрессовом расстройстве [13, 15–16], а также у молодых (18–20 лет) пациентов с расстройством адаптации с выраженными тревожными и вегетативными нарушениями [20].

Другой ключевой симптом депрессии — ангедония, то есть утрата способности получать удовольствие от занятий, ранее его приносивших — также находится в фокусе повышенного внимания со стороны практикующих врачей. Известно, что ангедония является одним из ведущих симптомов депрессии и обладает высокой чувствительностью и специфичностью для выявления заболевания [21, 22]. Согласно данным последних лет, гиперактивация микроглии и формирование патологического каскада провоспалительных цитокинов в головном мозге приводят к нарушениям метаболизма глутамата и дофамина, что, в свою очередь, связано с развитием ангедонии у пациентов с депрессией [23, 24]. Показано, что коррекция нейровоспалительного компонента депрессии приводит к снижению выраженности ангедонии [25–27], поэтому при подборе антидепрессивной терапии

важно подбирать препарат, способный не только корректировать дисбаланс серотонина, но и обладающий противовоспалительным эффектом. По данным F. Jawza с соавт. (2022), провоспалительное действие антидепрессантов зависит от их аффинности к сигма-1 рецепторам, которая варьируется от максимально выраженной (флувоксамин) до очень слабой (миртазапин, венлафаксин, пароксетин) [28]. В этой связи убедительные данные демонстрирует оригинальный флувоксамин, доказавший способность снижать степень выраженности ангедонии за счет высокого сродства к сигма-1 рецепторам [29]. В исследовании X. Li с соавт. (2023), наряду с выраженным антиангедоническим эффектом, флувоксамин продемонстрировал статистически значимое снижение уровня провоспалительного цитокина интерлейкина (IL)-6 у пациентов с депрессивным расстройством, что позволяет рассматривать флувоксамин в качестве приоритетной терапевтической опции [30]. Таким образом, результаты назначения препарата убедительно свидетельствуют, что флувоксамин эффективен при разных психических расстройствах [3, 11]. Тимолептический, анксиолитический и антиангедонический эффекты флувоксамина наступают уже на второй-третьей неделе терапии и характеризуются гармоничной редукцией как депрессивной, так и тревожной (включая ипохондрическую) и обсессивной симптоматики. Дальнейшая положительная динамика сохраняется в течение длительного времени [6, 17, 18, 30].

Ниже приводятся 2 клинических случая (примера), описывающих сочетание депрессивной и обсессивно-компульсивной симптоматики разного регистра, а также возможности и нюансы коррекции психического состояния оригинальным препаратом флувоксамина (Феварин®).

Клинический пример 1

Пациентка К., 35 лет. Наследственность психопатологически не отягощена. Пациентка родилась в срок от нормально протекавших беременности и родов. Младший ребенок в семье. Раннее психомоторное развитие соответствовало нормам. Детский сад не посещала. Время проводила дома, помогала по хозяйству, собирала грибы, ловила рыбу. Любила вышивать, вязать. Была очень боязливой и впечатлительной: боялась оставаться в темноте одна.

В школу пошла в 7 лет. В коллективе адаптировалась легко. К лидерству не стремилась. Училась средне. Была усидчивой. Долго вникала в суть предметов. Хуже давались гуманитарные науки. Нравилась математика, занятия по труду. После школы любила смотреть кинофильмы, ездила с классом на экскурсии. К чтению тяги не было.

Менструации с 14 лет, установились сразу. Во время становилась раздражительной, “не находила себе места”, “успокаивалась, занимаясь уборкой”.

После окончания 9 классов, за компанию с подругами, уехала в областной центр, училась в колледже на отлично, помогала подругам в учебе. Жила в общежитии и на частных квартирах. В новых условиях адаптировалась постепенно. Везде поддерживала порядок, часто убиралась, “для каждой вещи было свое место”. После окончания колледжа работала на фабрике. Нравилась однообразная и монотонная работа.

В 20 лет забеременела от своего постоянного поклонника. После родов настроение было сниженное, испытывала тревогу за ребенка. Старалась занять себя делом, чтобы не чувствовать себя «тоскливо». На работе, куда вышла через 3 месяца, брала сверхурочные и повышенные нагрузки. При мыслях о сыне плакала. Аппетит и сон существенно не менялись. Отмечала, что “становилось” спокойней, когда совершала однотипные действия: протирала стол “по часовой стрелке”, перешагивала трещины, “считала до 55”. Состояние обошлось самостоятельно.

В 29 лет повторная беременность закончилась самопроизвольным абортom из-за резус-конфликта. В течение ночи сидела возле тела ребенка рыдала, винила себя в том, что «не смогла дать ему жизнь». На следующий день хотела похоронить его, для чего добилась разрешения забрать тело из морга. В течение полугода после этого сохранялись подавленность, плаксивость, чувство тоски и безрадостности. Вновь “для облегчения состояния” ежедневно прибиралась, перемывала посуду, “протирала каждый листик у комнатных растений”. Снижался аппетит. Сон не менялся. Отчетливого суточного ритма не отмечала. Суицидальных мыслей не возникало. Состояние обошлось также самостоятельно.

Однако, с этого времени ежегодно в годовщины смерти ребенка на 2–3 месяца снижалось настроение, испытывала тревогу, апатию. Беспокоили навязчивые воспоминания о беременности и обстоятельствах смерти ребенка. Часто плакала. Винила себя в непредусмотрительности, медицинской безграмотности. На этом фоне становилась раздражительной, конфликтовала с супругом и другими родственниками. Для уменьшения раздражительности разработала определенный порядок деятельности: после работы — прогулка 30 минут, дома — уборка в определенной последовательности, просмотр записей одной и той же телепрограммы. На фоне этих действий отмечала уменьшение “внутренней напряженности”, раздражительности. Состояние было хуже утром и вечером, когда “находилась в кругу семьи”. В то же время, продолжала успешно работать, справлялась с обязанностями. Аппетит, сон не нарушались. Состояния полностью обходились самостоятельно. Чувствовала себя здоровой. Оставалась деятельной и общительной.

Настоящее ухудшение состояния в очередную годовщину смерти ребенка. Обратилась к врачу по настоянию сына с жалобами на подавленность и плаксивость.

Психическое состояние. Выглядит старше своего возраста. Повышенного питания. Держится свободно. Активно жестикулирует. Движения размашистые. Мимика живая. В беседу вступает охотно. Речь модулированная. Голос громкий. На вопросы отвечает в плане заданного. Много речива и обстоятельна. К концу четырехчасовой беседы остается такой же словоохотливой. На утомляемость не жалуется. Характеризует себя как человека спокойного, склонного к порядку. Жалобы на сниженное настроение, тревожность, апатию, безрадостность, быструю утомляемость, сонливость в первой половине дня. Кроме того, отмечает снижение памяти и концентрации внимания. Причиной своего обращения к врачу называет снижение настроения и плаксивость, которые связывает с воспоминаниями о гибели ребенка. Признает, что только со слов врача узнала о наличии у себя депрессии. Подтверждает, что подобные состояния отмечаются у нее последние годы и длятся по несколько месяцев. Сон с трудностями засыпания. Аппетит сохранен. Суицидальные мысли отрицает. Обманов восприятия не выявлено.

Соматическое состояние: нормостенического телосложения. Повышенного питания. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Видимые слизистые чистые, обычной окраски. В легких — дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений — 72 уд/мин, артериальное давление (АД) — 130/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул, мочеиспускание — в норме. Клинические анализы крови, мочи, биохимический анализ крови, электрокардиограмма (ЭКГ) — в пределах нормы. Анализы крови на сифилис, гепатиты (антитела, антигены), вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) — отрицательные. Области суставов без кожной гиперемии, безболезненные, не увеличены. Заключение терапевта: без патологии. Заключение гинеколога: практически здорова.

Неврологическое состояние: Жалоб не высказывает. Ушибы, сотрясения мозга, судорожные состояния — отрицает. Объективно: координаторных, глазодвигательных расстройств не выявлено. Носогубные складки симметричны. Язык по средней линии. Парезов конечностей нет. Тонус мышц не нарушен. В позе Ромберга устойчива, пальце-носовую пробу выполняет. Глубокие рефлексы живые, D = S, патологические знаки отсутствуют. Чувствительность сохранена. Заключение невропатолога: патологии не выявлено. Заключение окулиста: без патологии.

Диагноз: Рекуррентное депрессивное расстройство, тревожно-апатическая депрессия средней степени тяжести.

В 20 лет у пациентки отмечалась послеродовая депрессия. Затем, с 29 лет — ежегодные клинически очерченные, сходные по симптоматике (тревожно-апатические, апатические) депрессии без психотических симптомов, обходившиеся самостоятельно и сменявшиеся периодами эутимии с полным восстановлением психических функций и социального функционирования, что позволяет квалифицировать аффективное расстройство как рекуррентное.

Выраженность актуальной психопатологической симптоматики носит умеренный характер, что подтверждается наличием в клинической картине аффективной фазы как трех основных (снижение настроения, утрата интересов, снижение энергии и повышенная утомляемость), так и более 3 дополнительных (снижение способности к сосредоточению и концентрации внимания, нарушенный сон, идеи самообвинения и малоценности) критериев депрессивного эпизода по МКБ-10.

Обращает внимание, что в представленном клиническом наблюдении аффективное расстройство диагностируется у личности с преморбидными ананкастическими (обсессивно-компульсивными) чертами, которые усиливаются в виде ананказмов в структуре аффективных фаз и полностью нивелируются до депрессивного уровня после их разрешения. Анамнестические данные не содержат информации о нарастании социальной дезадаптации пациентки, несмотря на ежегодный характер обострений.

Терапия: в качестве препарата выбора назначен оригинальный флувоксамин (Феварин®) с постепенным, в течение 3 недель, наращиванием суточной дозировки от 50 до 150 мг (прием в вечернее время, затем, по достижению 150 мг/сут — двукратный прием).

На фоне терапии в течение первых 10 дней отметила улучшение качества сна — редуцировались пресомнические нарушения, дневная сонливость. К 28 дню терапии пациентка уже сообщала о “существенном” улучшении настроения, появлении ранее присущей активности, интереса к семейным делам, позитивных планов на будущее, редукации ананказмов. Через 42 дня терапии настроение полностью нормализовалось, редуцировались подавленность, тревога, апатия, вялость, улучшились память и концентрация внимания.

Катамнез: поддерживающую терапию флувоксамином (Феварин®) 100 мг/ночь принимала 8 месяцев. Затем самостоятельно прекратила прием препарата. Чувствовала себя хорошо. Приступила к работе. Со служебными и домашними обязанностями справлялась. На протяжении последующих 2 лет аффективных расстройств не отмечается.

Клинический пример 2

Пациент Н., 24 года. Наследственность манифестными психозами не отягощена. Пациент родился от нормально протекавшей беременности. Роды срочные, в родах по показаниям было сделано кесарево сечение. В физическом и психическом развитии от сверстников не отставал. В детский сад начал ходить с трех лет, адаптировался легко, к лидерству не стремился. Всегда был послушен, считался любимчиком у воспитателей.

Отличался большой впечатлительностью: после прочтения книги мог подолгу фантазировать на тему прочитанных произведений, боялся литературных персонажей или явлений природы. Также в детстве боялся спать в темноте — засыпал только при условии, что включена ночная лампа. Периодически видел устрашающие сновидения. Страхи нивелировались к семилетнему возрасту.

В школу пошел с 7 лет. Учился старательно, тщательно готовился к урокам, занимался дополнительно. Успевал на “отлично”. Нравилось отвечать у доски, любил продемонстрировать себя и свои возможности. Предпочтение отдавал гуманитарным предметам.

До двенадцати лет увлекался филателией, играл в шахматы. Любил читать, в младшем возрасте читал книги, которые подбирали родители, в более старшем возрасте отдавал предпочтение классической литературе. С 16 лет решил заняться спортом, записался в секцию боевых искусств. Стал собирать подробную информацию о различных способах тренировки и видах питания. К 20 годам, занявшись культуризмом профессионально, участвовал в показательных выступлениях.

В старших классах школы дальнейших планов на обучение не строил. После школы по настоянию отца поступил в юридический ВУЗ. Учился хорошо, отлично справлялся с экзаменационными сессиями.

В 22 года женился. Однако отношения не складывались. Жена не разделяла его увлечений, требовала найти высокооплачиваемую работу. На этом фоне отметил появление чувства тревоги, для уменьшения которого требовалось совершать определенные действия: по несколько раз включать / выключать свет, газ и воду, переставлять цветочные горшки на окне, раскладывать документы на рабочем столе, считать количество ступенек. Если пытался не совершать эти действия, резко усиливалась тревога, становился неусидчивым, раздражительным, конфликтовал с женой и коллегами. Начал получать замечания от руководителя за нерасторопность, медлительность исполнения поручений, не успевал выполнять прежний объем работы из-за выполнения ритуалов.

Приблизительно через 8 месяцев, со слов жены, стал подавленным, малообщительным, плаксивым, начал худеть, жаловался на трудности засыпания, отсутствие чувства отдыха, безрадостность

в течение дня. Говорил, что считает себя плохим мужем, просил прощения “за всё”. Часто в небольших дозах употреблял алкоголь. По настоянию родных обратился за помощью к психиатру.

Психическое состояние. Выглядит соответственно возрасту. Атлетического телосложения. Одет аккуратно, следит за внешним видом. Осанка сутулая. Мимика бедная, движения замедленные. На протяжении беседы сидит в однообразной позе. Выглядит подавленным, несколько стеснителен. Перебирает чётки. В беседу вступает без особых затруднений. Голос тихий. Темп речи несколько ускорен. На вопросы отвечает в плане заданного, многословен. Склонен к самоанализу. В суждениях инфантилен.

Жалобы на сниженное настроение, подавленность, тревогу за будущее семьи. Признает, что “для уменьшения тревоги” совершает разнообразные действия, которые занимают много времени. При попытке воспротивиться им, тревога резко возрастает. Также беспокоят отсутствие чувства удовольствия от ранее приятных вещей, апатия, быстрая утомляемость, чувство “разбитости”. Состояние, как правило, улучшается к вечеру. Так же последнее время отмечает снижение памяти и внимания, считает, что стал более рассеянным. Утверждает, что практически не помнит события последних 8 месяцев. Аппетит снижен, похудел на 6 кг. Сон нарушен по типу трудности засыпания и сонливости в утренние часы. Суицидальные мысли отрицает. Обманов восприятия не обнаружено.

Соматическое состояние: гиперстенического телосложения. Жалоб на момент осмотра не предъявляет. Аллергологический анамнез: не отягощен. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Стенки зева не гиперемированы. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. Частота дыхания 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс — 68 уд/мин. АД 120/70 мм. рт. ст. Живот безболезненный по всей поверхности. Печень — по краю правой реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез в норме. Клинические анализы крови, мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ — в пределах нормы. Анализы крови на сифилис, гепатиты (антитела, антигены), ВИЧ — отрицательные. Заключение терапевта: без патологии.

Неврологическое состояние: Отрицает сотрясение мозга, судорожные состояния. Объективно: глазодвигательных и координаторных расстройств не выявлено. Носогубные складки симметричны. Язык по средней линии. Парезов конечностей, тремора пальцев вытянутых рук нет. Тонус мышц не нарушен. В позе Ромберга устойчив, пальценосовую пробу выполняет. Глубокие рефлексы живые, D = S, патологические знаки отсутствуют. Чувствительность сохранена.

Заключение невропатолога: патологии не выявлено. Заключение окулиста: без патологии.

Диагноз: Депрессивный эпизод средней степени тяжести без психотической симптоматики на фоне ОКР.

В представленном клиническом наблюдении аффективное расстройство возникло у личности с преморбидными истеро-ананкастическими чертами.

В 22 года на фоне семейных неурядиц у пациента развилось ОКР с разнообразными ритуалами, осложнившееся спустя 8 месяцев гипотимическим состоянием с преобладанием тревожно-апатической симптоматики.

Наличие в клинической картине депрессии трех основных (снижение настроения, утрата интересов, снижение энергии и повышенная утомляемость) и более 3 дополнительных (снижение способности к сосредоточению и концентрации внимания, нарушенный сон и аппетит) критериев депрессивного эпизода по МКБ-10, свидетельствует в пользу средней степени выраженности психопатологической симптоматики.

Терапия: с учетом наличия у пациента ОКР и депрессии средней тяжести назначена монотерапия флувоксамином (Феварин®) с увеличением дозировки от 50 до 150 мг/сут в течение 2 недель.

На фоне терапии к 28 дню у пациента существенно нивелировалась подавленность, апатия, нормализовался сон, однако тревожность и ритуалы сохранялись. Дозировка флувоксамина (Феварин®) была постепенно увеличена до 300 мг/сут (по 100 мг 3 раза в день). К 70 дню лечения зарегистрирована полная редукция апатии, раздражительности, тревоги и обсессивно-компульсивных симптомов, восстановился прежний уровень активности, перестал злоупотреблять алкоголем.

Катамнез: на фоне полной редукции психопатологической симптоматики пациент в течение ещё 2 месяцев находился под наблюдением психиатра, принимал оригинальный флувоксамин (Феварин®) 300 мг/сут. Чувствовал себя хорошо. Приступил к работе. С обязанностями справлялся. Затем доза антидепрессанта была снижена до 200 мг/сут. Спустя 7 месяцев обсессивно-компульсивной и депрессивной симптоматики не отмечается, другие психотропные препараты не принимает.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленные случаи (примеры) демонстрируют особенности применения и эффективность оригинального флувоксамина (Феварин®) для купирования и профилактики как депрессивных, так и обсессивно-компульсивных симптомов (ритуалы и ананказмы). Обращает на себя внимание хорошая переносимость терапии

флувоксамином — в обоих случаях у пациентов не возникало значимых нежелательных явлений. Последнее наблюдение соотносится с данными многих литературных источников [6, 10–20].

Таким образом, оригинальный флувоксамин (Феварин®) является препаратом выбора для лечения коморбидных ОКР и депрессии.

Литература

1. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010;15(1):53-63. doi:10.1038/mp.2008.94
2. Virtanen, S., Kuja-Halkola, R., Sidorchuk, A., Fernández de la Cruz, L., Rück, C., Lundström, S., Suvisaari, J., Larsson, H., Lichtenstein, P., Mataix-Cols, D., & Latvala, A. (2022). Association of Obsessive-Compulsive Disorder and Obsessive-Compulsive Symptoms With Substance Misuse in 2 Longitudinal Cohorts in Sweden. *JAMA network open*, 5(6), e2214779. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.14779>
3. Хватков А.А., Медведев В.Э. Перспективы изучения и терапии психогенно обусловленного обсессивно-компульсивного расстройства. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2025;1: 47–54. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-1-47-54
4. Хватков А.А., Медведев В.Э. Особенности клиники и диагностики обсессивно-компульсивного расстройства у детей и подростков. *Справочник врача общей практики*. 2024;8:34-40. DOI: 10.33920/med-10-2408-05
5. Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders - Version 3. Part I: Anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2023;24(2):79-117. doi: 10.1080/15622975.2022.2086295
6. Петелин Д.С., Аведисова А.С., Иващенко Д.В., Медведев В.Э., Менделевич В.Д., Сиволап Ю.П., Усов Г.М. Актуальные проблемы диагностики и терапии обсессивно-компульсивного расстройства. // *Современная терапия психических расстройств*. — 2024. — № 4. — с. 67–75. — DOI: 10.21265/PSYPH.2024.82.91.007
7. Bloch MH, McGuire J, Landeros-Weisenberger A, Leckman JF, Pittenger C. Meta-analysis of the dose-response relationship of SSRI in obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*. 2010; 15 (8):850-855. doi: 10.1038/mp.2009.50
8. Hao et al. The Effect Of Fluvoxamine On Sleep Architecture of Depressed Patients With Insomnia: An 8-Week, Open-Label, Baseline-Controlled Study. *Nature and Science of Sleep* 2019;11 291–300.
9. Sunami, E., Usuda, K., Nishiyama, Y., Otori, T., Katsura, K., & Katayama, Y. (2012). A Preliminary Study of Fluvoxamine Maleate on Depressive State and Serum Melatonin Levels in Patients after Cerebral Infarction. *Internal Medicine*, 51(10), 1187–1193.
10. Котова О.В., Фролова В.И., Медведев В.Э. Эффективность и переносимость Флувоксамин (Рокон) при лечении депрессий у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2022; 2: 34–39.
11. Медведев В.Э., Кардашян Р.А., Фролова В.И. Флувоксамин при лечении расстройств тревожно-депрессивного спектра. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(6):101-109. <https://doi.org/10.17116/jnevro2024124061101>
12. Медведев В.Э. Флувоксамин (Феварин) в терапии расстройств обсессивно-компульсивного спектра. // *Журнал психиатрии и психофармакотерапии*. - 2015.-№1. - с.44-49.
13. Neylan T.C., Metzler T.J., Schoenfeld F.B. et al. Fluvoxamine and sleep disturbances in posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2001; 14: 461–467.
14. De Boer M., Op den Velde W., Falger P. fluvoxamine treatment for chronic PTSD: a pilot study. *Psychother Psychosom*. 1992;V. 57: 158–163.
15. Escalona R., Canive J., Calais L. et al. fluvoxamine treatment in veterans with combat-related post-traumatic stress disorders. *Depress Anxiety*. 2002;15: 29–33.
16. Marmar C., Schoenfeld F., Weiss D. et al. Open trial of fluvoxamine treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 1996;V. 57 (Suppl 8): 66–70.
17. Мосолов С.Н., Парфенов В.А., Амелин А.В., Медведев В.Э., Менделевич В.Д., Усов Г.М., Сиволап Ю.П., Боголепова А.Н., Мхитарян Э.А., Петелин Д.С. Депрессивные расстройства и их фармакотерапия в рутинной клинической практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(5):54-64. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-5-54-64>
18. Морозов П.В. Флувоксамин включен в российские временные рекомендации терапии COVID-19 и другие аналогичные протоколы в ряде стран (краткий обзор новейших данных). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2022; 1: 49–50.
19. Морозов П.В., Быков Ю.В., Беккер Р.А. Постковидный синдром и его лечение: новая роль Сигма-1 рецепторов и флувоксамин (Обзор литературы и описание клинического случая). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2022; 3: 33–47
20. Дубницкая Э.Б. Опыт применения флувоксамин (феварина) при психогенных депрессиях. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2005; 7 (2): 77–78.
21. Treadway MT. The neurobiology of motivational deficits in depression — an update on candidate pathomechanisms. *Curr Top Behav Neurosci*. 2016;27:337–355.
22. Kennedy SH. Core symptoms of major depressive disorder: relevance to diagnosis and treatment. *Dialogues Clin Neurosci*. 2008;10(3):271–277.
23. Bekhbat M, Treadway MT, Felger JC. Inflammation as a Pathophysiological Pathway to Anhedonia: Mechanisms and Therapeutic Implications. *Curr Top Behav Neurosci*. 2022;58:397–419. doi:10.1007/7854_2021_294.
24. Haroon E., Miller A.H. Inflammation Effects on Brain Glutamate in Depression: Mechanistic Considerations and Treatment Implications // *Curr. Top. Behav. Neurosci*. 2017. Vol. 31. P. 173–198.
25. Lee Y, Subramaniapillai M, Brietzke E et al. Anti-cytokine agents for anhedonia: targeting inflammation and the immune system to treat dimensional disturbances in depression. *Ther Adv Psychopharmacol* 2018; 8 (12): 337–48.
26. Wittenberg GM, Stylianou A, Zhang Y et al. Effects of immunomodulatory drugs on depressive symptoms: A meta-analysis of randomized, placebo-controlled clinical trials in inflammatory disorders. *Mol Psychiatry* 2019.
27. Yin L, Xu X, Chen G et al. Inflammation and decreased functional connectivity in a widely-distributed network in depression: Centralized effects in the ventral medial prefrontal cortex. *Brain Behav Immun* 2019; 80: 657–66.
28. Jawza F. Alsabhan and Tahani K. Alshammari. Perspective Chapter: New Use of the SSRI Fluvoxamine in the Treatment of COVID-19 Symptoms Published: 04 July 2022 DOI: 10.5772/intechopen.105023
29. Hasebe S, Ago Y, Watabe Y, et al. Anti-anhedonic effect of selective serotonin reuptake inhibitors with affinity for sigma-1 receptors in picrotoxin-treated mice. *Br J Pharmacol*. 2017;174(4): 314–327.
30. Li X, Yan D, Liao M, et al. Effect of fluvoxamine on plasma interleukin-6 in patients with major depressive disorder: a prospective follow-up study. *Front Psychiatry*. 2023;14:1163754. Published 2023 May 25. doi: 10.3389/fpsy.2023.1163754.

Психотерапия XXI века. Биопсихосоциальный подход Пола Реймонда Гилберта

И.М. Шугурова, кандидат биологических наук, ИМГ РАН

Институт молекулярной генетики Национального исследовательского центра Курчатовский институт (123182, г. Москва, площадь Академика Курчатова, 2, стр. 1)

Пол Реймонд Гилберт — ныне здравствующий британский клинический психолог, основатель психотерапии, ориентированной на сострадание. В 2019 г. в журнале «Психология и психотерапия» был опубликован обзор «Психотерапия для 21 века: интегративный, эволюционный, контекстный, биопсихосоциальный подход». В этом обзоре Пол Гилберт воссоздал многоплановый этюд жизни отдельного человека и человечества в целом в контексте психологических проблем, с которыми мы сталкиваемся, наметив единственно возможный путь преодоления этих проблем. И этот единственный путь — интегративный, эволюционный, контекстный, биопсихосоциальный подход к психологии и психотерапии. Предложенный Гилбертом подход исключает любую фрагментацию процессов терапевтических вмешательств, называя это бичом психотерапии. И предлагает взамен создание единой базовой структуры для интеграции знаний для индивидуально ориентированной и эволюционно обоснованной современной эффективной психотерапии XXI века.

Ключевые слова: Пол Гилберт, психотерапия, сострадание, биопсихосоциальный подход.

Psychotherapy of the 21st century. The Biopsychosocial Approach by Paul Raymond Gilbert

I.M. Shugurova, Candidate of Biological Sciences, IMG RAS, Moscow

Institute of Molecular Genetics of the National Research Center Kurchatov Institute (123182, Moscow, Akademika Kurchatov Square, 2, building 1)

Paul Raymond Gilbert is a living British clinical psychologist, the founder of compassion — oriented psychotherapy. In 2019, the review “Psychotherapy for the 21st Century: an integrative, Evolutionary, Contextual, Biopsychosocial Approach” was published in the journal Psychology and Psychotherapy. In this review, Paul Gilbert recreated a multifaceted study of the life of an individual and humanity as a whole in the context of the psychological problems we face, outlining the only possible way to overcome these problems. And this only way is an integrative, evolutionary, contextual, biopsychosocial approach to psychology and psychotherapy. Gilbert’s approach eliminates any fragmentation of therapeutic intervention processes, calling it the scourge of psychotherapy. In return, he proposes the creation of a single basic structure for integrating knowledge for individually oriented and evolutionarily grounded modern effective psychotherapy of the 21st century.

Keywords: Paul Gilbert, psychotherapy, compassion, biopsychosocial approach.

Мир Пола Гилберта

В мире Пола Гилберта сострадание не просто красивое слово, а мощный научно-обоснованный инструмент исцеления и трансформации психологических проблем. Пол Гилберт родился в 1951 г. в Великобритании, в 1973 г. получил степень бакалавра в области психологии в Эдинбургском университете. Это было время, когда в психологии доминировали поведенческие подходы, но уже тогда начинающий психолог чувствовал, что в этих методах не хватает эмоциональной глубины и понимания внутреннего мира человека. В 1980 г. Гилберт получил докторскую степень по клинической психологии в Университете Лестера, защитив диссертацию, посвященную депрессии, которая станет одним из основных направлений его будущих исследований. В это же время Гилберт начнет разра-



Пол Реймонд Гилберт,
британский клинический психолог
Paul Raymond Gilbert, British clinical psychologist

батывать свой собственный метод, который позже станет известен как Терапия, Сфокусированная на Сострадании (Compassion Focused Therapy, CFT). Этот подход родился из синтеза различных психологических теорий, эволюционной психологии и нейробиологии, а также глубокого понимания роли сострадания в человеческой психике. В 1992 г. Гилберт стал профессором клинической психологии в Университете Дерби, где он продолжил свои исследования и разработку CFT. Его работы, такие как «Преодоление депрессии» (1997) и «Сострадательный ум» (2009), стали классикой в области психотерапии, открывая новые горизонты в понимании эмоционального здоровья и благополучия.

Одним из ключевых моментов, повлиявших на формирование идей Пола Гилберта, стал его ранний клинический опыт работы с пациентами с депрессией. Он обратил внимание на то, что традиционные методы не учитывают глубинные эмоциональные процессы и самокритику, свойственную этой категории пациентов. Знакомство с работами в области эволюционной психологии вдохновило ученого на создание теории социального менталитета. Исследования в области нейробиологии, особенно процессов нейропластичности и эмоциональной регуляции, стали важным фундаментом для разработки CFT. А интерес Гилберта к буддистской философии и собственный опыт в преодолении стресса и эмоциональных трудностей повлияли на понимание важности самосострадания и эмоциональной саморегуляции.

Опубликованные работы Пола Гилберта, внесшие вклад в развитие современной психотерапии

- «Преодоление депрессии. Практическое руководство по использованию когнитивно-поведенческой терапии» (1997)

- «Сострадательный ум. Новый подход к жизненным трудностям» (2009) Эта книга вывела влияние Гилберта далеко за пределы академических кругов, став бестселлером, сделав сложные психологические концепции доступными для широкой аудитории, и поспособствовав популяризации идей о важности сострадания и самосострадания в обществе в целом.

- «Терапия, сфокусированная на сострадании. Отличительные особенности» (2010). Эта книга представляет собой детальное описание CFT, ее теоретических основ и практических методов. Автор демонстрирует, как интеграция эволюционной психологии, нейробиологии и практик сострадания создает мощный психотерапевтический инструмент.

- «Преодоление стыда и унижения. Практическое руководство по терапии, сфокусированной на сострадании» (2011). В этой работе Гилберт обращается к таким сложным эмоциям как стыд и унижение, предлагая их более глубокое понимание и преодоление, основанное на принципах CFT.

- «Мозг и сострадание. Нейробиология заботливого поведения» (2015). В этой работе автор исследует нейробиологические основы сострадания, показывая, как практики сострадания изменяют структуру и функции мозга, открывая новые перспективы нейропластичности нашего мозга.

- «Тренировка сострадательного ума. Научно обоснованное руководство по развитию сострадания к себе и другим» (2018). Эта книга представляет собой практическое руководство по развитию сострадания, предлагая серию упражнений и медитаций, помогающих культивировать сострадание в повседневной жизни.

- «Жить в сложном мире. Как сострадание может помочь нам справиться с неопределенностью» (2020). В этой книге Гилберт применяет принципы CFT к проблемам современного мира, предлагая инновационные подходы к управлению стрессом и неопределенностью, используя силу сострадания как якорь стабильности в бурном водовороте событий жизни.

Мудрость Пола Гилберта

Слова Пола Гилберта, подобно семенам сострадания, прорастают в умах и сердцах людей, меняя их отношение к себе и миру. Вот некоторые из его наиболее пронизательных высказываний:

Сострадание — это не слабость, а сила. Это мужество быть присутствующим с болью и страданием

Мы не выбираем свои мысли, но мы можем выбрать, как на них реагировать

Наш мозг эволюционировал для выживания, а не для счастья. Счастье — это навык, которому нужно учиться

Самокритика — это форма самозащиты, но она часто причиняет больше вреда, чем пользы

Сострадание к себе — это не эгоизм. Это признание нашей общей человечности

Мы все несовершенны. Это то, что делает нас людьми

Эмоции — это не проблема, которую нужно решить. Это сигналы, которые нужно услышать

Интересные факты из жизни Пола Гилберта

Гилберт увлекается скалолазанием и проводит параллели между преодолением физических препятствий и психологических трудностей. Практикуя ежедневную медитацию сострадания, ученый утверждает, что это значительно изменило его собственную жизнь и профессиональную практику. Являясь страстным защитником прав животных, ученый часто включает темы межвидового сострадания в свои работы. Как наставник Гилберт

известен своим уникальным стилем преподавания, часто используя юмор и личные примеры для иллюстрации сложных психологических концепций. Гилберт является основателем Compassionate Mind Foundation, организации, посвященной продвижению исследований и практики сострадания. Проводя регулярные ретриты по развитию сострадания, Гилберт популяризирует практические упражнения и медитации. Будучи увлеченным садоводом, ученый уверен, что выращивание растений помогает ему лучше понять принципы роста и развития, применимые в психологии.

Вклад Пола Гилберта в современную психологию

В научных кругах Гилберт стал пионером в интеграции эволюционной психологии, нейробиологии и практик сострадания. Его Терапия, Сфокусированная на Сострадании (CFT), получила широкое признание как эффективный метод лечения различных психологических расстройств, особенно тех, которые связаны с высоким уровнем самокритики и стыда. Работы Гилберта оказали значительное влияние на развитие третьей волны когнитивно-поведенческой терапии. Его акцент на роли сострадания и эмоциональной регуляции открыл новые перспективы в понимании и лечении таких проблем, как депрессия, тревожность и посттравматическое стрессовое расстройство. Концепция трех систем регуляции эмоций, разработанная Гилбертом, стала важным вкладом в понимание эмоциональных процессов. Эта модель нашла применение не только в клинической психологии, но и в области организационной психологии и коучинга, помогая людям достигать эмоционального баланса в различных жизненных ситуациях. Гилберт также внес значительный вклад в развитие исследований в области нейробиологии сострадания. Его работы вдохновили множество исследований, изучающих влияние практик сострадания на структуру и функции мозга, что открыло новые перспективы в понимании нейропластичности и эмоциональной регуляции.

Биопсихосоциальный подход Пола Реймонда Гилберта

Эволюционно-функциональный анализ является частью биопсихосоциального подхода к психическому здоровью, который может служить научной платформой для будущего развития психотерапии. Навыки и подготовка психотерапевта все больше нуждаются в сосредоточении внимания на многомерности структуры психических состояний, особенно в контексте взаимосвязи общества и личности пациента. Терапия будущего

также будет больше фокусироваться на моральных аспектах и учитывать необходимость поощрения социально-ориентированного и этического поведения по отношению к себе и другим.

В своем обзоре, посвященном психотерапии будущего, Пол Гилберт пишет: «Путь к современному мышлению от проблем выживания и воспроизводства лежит в области эволюционной психологии, которая помогает нам осознать, что все мы являемся частью потока жизни — просто еще один вид, созданный генами и появившийся на планете в свое время. Мы не выбирали никакую физическую часть себя; иметь две руки и ноги, набор внутренних органов, мозг, который имеет все возможности, которые у него есть для полезного или вредного поведения. Мы также не выбирали свой пол или культуру нашего рождения или то, как наш мозг был физиологически настроен и срежиссирован его социальной укорененностью. Если бы меня похитили в трехдневном возрасте в жестокую банду наркоторговцев, эта версия Пола Гилберта была бы совсем другой, чем тот, кто пишет эту статью; вплоть до эпигенетики и свойств моего мозга. Эта версия Пола Гилберта могла бы быть импульсивной, эксплуататорской, вредной для других, возможно, с опытом тюремного заключения и, конечно, не озабоченной наукой сострадания. Это очень важные идеи, которые терапевты должны иметь в виду (например, что человек перед ними — это всего лишь одна версия из многих) и передавать это клиентам, чтобы они могли понять, что в любой момент они являются версиями множества возможных «я» (потенциальных моделей разума), а не «коллекциями психопатологий». Действительно, мы все являемся версиями множества возможных «я», возникающими из моделей информационного потока».

Эволюционная психология в социальном контексте позволяет нам понять, что эмоции и мотивы формируются под влиянием решения текущих проблем выживания и воспроизводства. Эволюция работает на алгоритмах стимул-реакция, которые направляют мотивы, эмоции и компетенции — это элементы информационного потока на службе выживания и репродуктивного поведения. На рисунке изложены две основные эволюционные проблемы, которые со временем привели к появлению сложного, многотекстурного портфеля человеческих мотивов, эмоций, компетенций и их фенотипов. Будущие психотерапевты будут все больше информированы о фенотипической изменчивости. Это связано с тем, что появляются доказательства того, что фенотипическую изменчивость можно частично отследить по тому, как ранние жизненные «заботливые и стабильные» и «беззаботные и нестабильные» среды ориентируют людей на различные стратегии выживания и воспроизводства, называемые подходом к жизненной истории. Такие истории жизни, как хоро-



Рисунок. Эволюционные проблемы и человеческие фенотипы [1]*
Evolutionary problems and human phenotypes [1]*

* Основные эволюционные проблемы, влияющие на формирование фенотипа личности, просты и едины для всех. Это свойства окружающей среды, процесс воспроизводства, условия выживания, необходимое питание и жилище, обеспечение безопасности, роль родителей, меж- и внутривидовая конкуренция, вопросы партнерства. Все эти факторы в сумме и каждый в отдельности формирует фенотип личности, со свойственными этой личности мотивами поведения, эмоциями, способностями и социальным менталитетом.

шо известно, влияют на уязвимость к различным проблемам психического здоровья и указывают на разные типы вмешательства для различных фенотипов. Вопрос всегда был следующим — просто ли такие фоны связаны с сознательно доступными убеждениями и схемами или мы говорим о чем-то более фундаментальном, например, об эпигенетически сформированных фенотипах — и если это так, то каковы последствия для психотерапии? В любом случае, биопсихосоциальные подходы помогают клиентам понять, насколько ненормальной и лишаящей может быть наша современная среда, несмотря на современные технологии, комфорт и инновационные лекарства. Уже сейчас многие психотерапевты понимают, что хотя иногда полезно учить и практиковать принятие, мы также можем учить и практиковать непринятие! Следующему поколению специалистов психотерапевтического профиля нужно будет делать акцент на благоприятные социальные изменения, на фоне которых будет укрепляться психологическое здоровье жителей планеты Земля.

Рекомендованная литература

1. Gilbert P. Psychotherapy for the 21st century: An integrative, evolutionary, contextual, biopsychosocial approach. *Psychol Psychother.* 2019 Jun;92(2):164-189.
2. Eshkol Rafaeli, Alexandra K. Rafaeli, Needs, modes, and stances: Three cardinal questions for psychotherapy practice

- and training, *Clinical Psychology in Europe*, 6, Special Issue, (2024).
3. Yüksel Demirel, Hüseyin Tolga Çağatay, Bekir Ertuğrul, Esin Başaran, Serap Salimoğlu, The effect of the compassion levels of healthcare workers on their psychological well-being, *Work*, 77, 1, (253-262), (2024).
4. Gilbert P., Jaskaran Kaur Basran, Ptarmigan Plowright, Hannah Gilbert, Energizing compassion: using music and community focus to stimulate compassion drive and sense of connectedness, *Frontiers in Psychology*, 14, (2023).
5. Gilbert P., Self-Compassion: An Evolutionary, Biopsychosocial, and Social Mentality Approach, *Handbook of Self-Compassion*, 4, (53-69), (2023).
6. Gilbert P., Creating a Compassionate World: Addressing the Conflicts Between Sharing and Caring Versus Controlling and Holding Evolved Strategies, *Frontiers in Psychology*, 11, (2021).
7. Gilbert P., Compassion: From Its Evolution to a Psychotherapy, *Frontiers in Psychology*, 11, (2020).
8. Gilbert P., James N. Kirby, Building an integrative science for psychotherapy for the 21st century: Preface and introduction, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, (2019).
9. Nicola Petrocchi, Simone Cheli, The social brain and heart rate variability: Implications for psychotherapy, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92, 2, (208-223), (2019).
10. George B. Richardson, Blair S. Hanson-Cook, Aurelio José Figueredo, Bioecological Counseling, *Evolutionary Psychological Science*, (2019).
11. Gilbert P., Jaskaran Basran, Michael MacArthur, James N. Kirby, Differences in the Semantics of Prosocial Words: an Exploration of Compassion and Kindness, *Mindfulness*, 10, 11, (2259-2271), (2019).

Синдром эмоционального выгорания у работников психиатрических учреждений

А.А. Овчинников¹, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии НГМУ;

А.Н. Султанова¹, доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии НГМУ;

Е.В. Филоненко¹, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии НГМУ;

Я.В. Мохначева², главный врач ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская клиническая психиатрическая больница № 3»;

В.А. Савченко¹, студент 4 курса НГМУ.

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 52);

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Государственная Новосибирская клиническая психиатрическая больница № 3» (630003, г. Новосибирск, ул. Владимировская, д. 2).

В данной работе рассматривается актуальная в настоящее время проблема эмоционального выгорания у работников психиатрических учреждений: врачей-психиатров и медицинских психологов. Анализируются особенности и взаимосвязи эмоционального выгорания и мотивации специалистов, а также различия данных феноменов у медицинских работников с различным стажем.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, эмоциональное выгорание, мотивация, психиатры, медицинские психологи, профессиональное выгорание, стресс.

Burnout syndrome in mental health workers

A.A. Ovchinnikov¹, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology at NSMU;

A.N. Sultanova¹, Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, NSMU;

E.V. Filonenko¹, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, NSMU;

Ya.V. Mokhnacheva², Chief Physician of the Novosibirsk State Clinical Psychiatric Hospital No. 3;

V.A. Savchenko¹, is a 4th year student at NSMU.

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Novosibirsk State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation (52 Krasny Ave., Novosibirsk, 630091);

² State Budgetary Healthcare Institution of the Novosibirsk region “Novosibirsk State Clinical Psychiatric Hospital No. 3” (2, Vladimirovskaya str., Novosibirsk, 630003).

This paper examines the currently relevant problem of emotional burnout among employees of psychiatric institutions: psychiatrists and medical psychologists. The article analyzes the features and interrelationships of emotional burnout and the motivation of specialists, as well as the differences between these phenomena among medical professionals with different experience.

Keywords: burnout syndrome, emotional burnout, motivation, psychiatrists, medical psychologists, professional burnout, stress.

В современном мире эмоциональное выгорание (ЭВ) становится масштабной проблемой и проявляется в различных сферах. Специалисты, помогающие другим людям, например, медицинские работники подвержены данному феномену сильнее всего. Особая опасность в том, что выгорание врачей и медицинских психологов негативно сказывается не только на их благополучии, но и на качестве оказываемой ими помощи, требования к которому у пациентов непрерывно растут [1]. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) включает в себя серьёзные проблемы со здоровьем, такие как тревожность, депрессия, раздражительность, перепады настроения, бессонница и употребление наркотиков, а также снижение производительности, увеличение текучести кадров и рост расходов системы здравоохранения [2].

Из различных исследований известно, что у врачей хуже психическое здоровье, чем у населения в целом, а среди них заметно выделяются врачи-психиатры, сталкивающиеся с рядом уникальных стрессовых факторов, которые могут повышать риск ухудшения психического здоровья [3]. Проблема СЭВ у психиатров сильно обостряется, поскольку уровень психических заболеваний среди населения продолжает расти, и на них ложится всё большая нагрузка [4]. Поэтому важно изучать данную проблему и разрабатывать методы профилактики и борьбы с ней.

Обратимся различным исследованиям ЭВ у врачей-психиатров в различных странах. Nisha Kadera совместно с коллегами провели исследование ЭВ у психиатров в Катаре. По результатам: для трети психиатров характерен высокий уровень эмоцио-

нального истощения, и примерно столько же отмечают низкий уровень личных достижений, при этом менее 20 % продемонстрировали высокий уровень деперсонализации. Сильнее эмоциональное истощение проявилось у начинающих врачей. Авторы отметили, что более низкий уровень удовлетворённости коллегами, работой, руководством, возможностями карьерного роста и работой в целом повышает эмоциональное истощение и деперсонализацию, а удовлетворённость заработной платой не влияет на ЭВ [5].

Gabriela Massaro Carneiro Monteiro и её коллеги исследовали ординаторов-психиатров в Бразилии. Были использованы опросник по DSM-5 и опросник выгорания Маслач. В результате, повышенные значения тревожности проявились у 53 %, склонности к соматизации — 35,7 %, депрессии — 16,5 %, а также суицидальные мысли были отмечены у 7 % исследуемых. По опроснику Маслач 60 % ординаторов соответствовали критериям эмоционального истощения, 54,8 % — деперсонализации, а 33 % — низкой личной продуктивности. Наиболее устойчивыми факторами риска были характер отношений с наставниками, с самими учреждениями, с семьёй и возраст психиатров [6].

Нао Яо и коллеги рассмотрели особенности ЭВ у 4520 психиатров в Китае. Критериям ЭВ соответствовали 38,4 % респондентов, а 35,6 % были недовольны своей работой. Пол, стаж работы, отсутствие руководящей должности и более продолжительный рабочий день были значимыми факторами в развитии симптомов выгорания. Более низкая ежемесячная зарплата была значимым фактором, связанным с неудовлетворённостью работой, но напрямую не влияла на ЭВ, что соотносится и с другими исследованиями [7].

Danni Chi и коллеги предположили, что эмпатия может опосредовать связь между рабочей нагрузкой и выгоранием. Эмпатия к пациентам ведёт к улучшению терапевтических отношений и результатов лечения, но чрезмерное её проявление и чрезмерная нагрузка могут привести к усталости от сострадания у психиатров. Исследование показало, что сострадание к себе смягчает взаимосвязь между рабочей нагрузкой и выгоранием. Специалисты в области психиатрии, проявляющие больше сострадания к себе, лучше понимают себя и заботятся о себе, сталкиваясь с высокой рабочей нагрузкой, и, следовательно, с меньшей вероятностью испытывают выгорание [8].

Таким образом, исследование литературы показало, что у врачей-психиатров и медицинских психологов встречается СЭВ и связан он с различными мотивационными и личностными особенностями людей, а также с организационными факторами.

Мы предполагаем, что среди врачей-психиатров и медицинских психологов есть люди с выраженным СЭВ, что ЭВ зависит от стажа деятельности, и что изучение особенностей мотивации может помочь в разработке мер по профилактике и борьбе с ЭВ.

Было проведено исследование 47 врачей-психиатров и медицинских психологов, работающих в ГБУЗ НСО «ГНПКБ №3» в возрасте от 24 до 60 лет. Рассматривались различные особенности их мотивации и проявлений СЭВ при помощи методик: авторская анкета о деятельности, её мотивации и проявлениях СЭВ; Мотивационно-самооценочный опросник В.А. Зобкова; Методика диагностики социально-психологических установок личности О.Ф. Потемкиной; Опросник профессионального выгорания К. Маслач; Опросник профессиональных жизненных качеств ProQOL B. Stamm в адаптации А.А. Панкратовой и М.Е. Николаевой.

Статистически значимые различия по критерию Манна-Уитни в ЭВ у специалистов помогающих профессий выделились в группах, разделенных по стажу. Первое различие связано с эмоциональным истощением, которое является компонентом ЭВ по теории Маслач (табл. 1).

Высокое эмоциональное истощение испытывают начинающие специалисты со стажем до 5 лет, затем оно снижается, вероятно, они понимают специфику работы и привыкают к ней и начинают испытывать меньше эмоционального стресса, оказывает влияние на ЭВ. Но при стаже более 20 лет эмоциональное истощение вновь поднимается и превышает то, которое характерно в начале работы. Можно предположить, что при стаже более 20 лет врачи и медицинские психологи устают от однотипной работы, которой занимались много лет, а также, возможно, начинают ощущать большую ответственность за свою работу и помощь начинающим специалистам, что повышает стрессовую нагрузку и, соответственно, выгорание.

Похожие результаты были получены и по опроснику профессиональных жизненных качеств ProQOL: с показателем «Вторичная травма» — это компонент «утомления от сочувствия», данный показатель высокий у начинающих специалистов и тех, чей стаж больше 20 лет (табл. 2).

Вторичная травма — это реакция на травмирующие события, которые произошли с другим человеком. Врачи и медицинские психологи могут столкнуться с этим, разбираясь с историями своих пациентов, и, если они не обладают достаточной стрессоустойчивостью и жизнестойкостью, они могут слишком сильно отреагировать на неё и тем самым нанести вред самим себе. Самые высокие показатели вторичной травматизации у начинающих специалистов, что указывает на несформированность у них данного навыка, а соответственно, на необходимость обучать их ему и тренировать.

Результаты исследования указывают на необходимость формирования у медицинских работников необходимых для работы навыков саморегуляции и борьбы со стрессом, а также поощрять их применение. Важно отметить необходимость дальнейшего более глубокого изучения взаимосвязи стресса, ответственности и выгорания у различных специалистов. В научной литературе исследования связи ЭВ со стрессом встречались, но отношение

Таблица 1

Средние значения показателей эмоционального выгорания у психиатров и медицинских психологов с разным стажем по опроснику Маслач

The average values of indicators of emotional burnout among psychiatrists and medical psychologists with different experience according to the Maslach questionnaire

| Параметры | Стаж от 1 до 5 лет | | Стаж от 6 до 10 лет | | Стаж от 11 до 20 лет | | Стаж больше 20 лет | | Значение p |
|--------------------------------------|--------------------|-------|---------------------|-------|----------------------|-------|--------------------|-------|--------------|
| | М | SD | М | SD | М | SD | М | SD | |
| Эмоциональное истощение | 25 | 9,138 | 19,50 | 7,530 | 17,00 | 8,588 | 26,91 | 9,071 | 0,022 |
| Деперсонализация | 10 | 6,096 | 7,33 | 4,885 | 8,65 | 5,634 | 7,73 | 3,952 | 0,68 |
| Редукция профессиональных достижений | 36,77 | 5,747 | 35,17 | 8,796 | 35,06 | 4,892 | 35,82 | 6,080 | 0,835 |

Примечание: p — уровень статистической значимости, критерий Краскала-Уоллиса; полужирным начертанием выделены достоверные различия. М — среднее значение, SD — стандартное отклонение.

Таблица 2

Средние значения показателей утомления от сочувствия у психиатров и медицинских психологов с разным стажем по опроснику профессиональных жизненных качеств

Average values of indicators of empathy fatigue among psychiatrists and medical psychologists with different experience according to the questionnaire of professional life qualities

| Параметры | Стаж от 1 до 5 лет | | Стаж от 6 до 10 лет | | Стаж от 11 до 20 лет | | Стаж больше 20 лет | | Значение p |
|--------------------------------------|--------------------|-------|---------------------|--------|----------------------|-------|--------------------|-------|--------------|
| | М | SD | М | SD | М | SD | М | SD | |
| Эмоциональное истощение | 31,62 | 7,512 | 31,33 | 12,078 | 24,06 | 6,339 | 31,82 | 8,612 | 0,059 |
| Деперсонализация | 18,38 | 5,824 | 15,83 | 5,845 | 12,88 | 4,060 | 17,45 | 5,106 | 0,038 |
| Редукция профессиональных достижений | 13,23 | 3,270 | 15,50 | 6,863 | 11,18 | 3,187 | 14,36 | 4,105 | 0,116 |

Примечание: p — уровень статистической значимости, критерий Краскала-Уоллиса; полужирным начертанием выделены достоверные различия. М — среднее значение, SD — стандартное отклонение.

к ответственности и умение брать её на себя не рассматривалось.

Для более глубокого анализа особенностей мотивации и ЭВ использовался корреляционный анализ с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена при уровнях значимости $p < 0,05$ и $p < 0,01$.

Мотивация сотрудников влияет на ЭВ, а также изменяется с возрастом, корреляции, интересные для анализа, были выявлены с ориентацией медицинских работников на власть (рис. 1).

Высокая самоуверенность работников заставляет их стремиться за большей властью ($r = 0,430$; $p \leq 0,01$) и избегать неудач, которые могут подорвать их уверенность в себе и психологическое благополучие ($r = 0,409$; $p \leq 0,01$). За властью врачи и медицинские психологи могут «спрятаться», отстраниться от других людей и чувств, что и демонстрирует прямую корреляцию между ориентацией на власть и деперсонализацией ($r = 0,535$; $p \leq 0,01$). Деперсонализация по теории Маслач является компонентом ЭВ, поэтому в нашей работе также была получена прямая взаимосвязь ориентации на власть с системным индексом эмоционального перегорания ($r = 0,509$; $p \leq 0,01$), что указы-

вает на то, что стремление к власти в деятельности медицинских работников усиливает их страдания от СЭВ.

По методике Потемкиной значимые корреляции также выявлены с ориентацией на эгоизм (рис. 2).

Отметим, что по результатам исследования ориентация на эгоизм обратно взаимосвязана с возрастом ($r = -0,392$; $p \leq 0,01$) и стажем ($r = -0,362$; $p \leq 0,05$) специалистов, то есть, эгоистические мотивы больше характерны для молодых и начинающих специалистов, что соотносится с результатами, полученными при сравнении групп работников по стажу. Эти данные позволяют нам объяснить различие в группах по стажу и проявление синдрома у начинающих работников особенностями мотивации, поскольку характерная для них ориентация на эгоизм напрямую связана с деперсонализацией, являющейся компонентом ЭВ ($r = 0,295$; $p \leq 0,05$). Сильная ориентация на эгоизм, вероятно, возникает в результате самоуверенности врачей и медицинских психологов ($r = 0,428$; $p \leq 0,01$), которые счастливы и уверены в своих силах, так как смогли закончить обучение и приступить к работе.

Несколько интересных корреляций обнаружено с тем фактом, есть ли у медицинских работников



Рис. 1. Взаимосвязи с ориентацией на власть
The relationship with power orientation

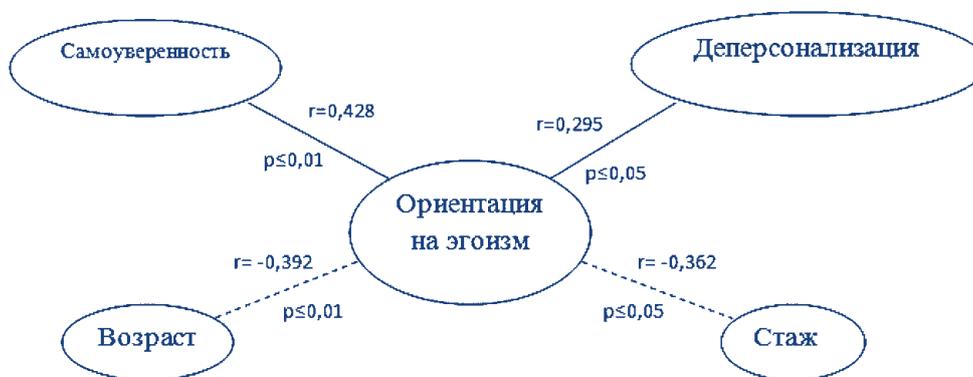


Рис. 2. Взаимосвязи с ориентацией на эгоизм
The relationship with the orientation towards selfishness

Примечание: связь прямая — линия целая, связь обратная — линия пунктир.

дополнительная работа на себя и дополнительные дежурства (рис. 3).

Врачам и психологам, которые указали наличие дополнительной работы, приходится сталкиваться с большим количеством рабочей нагрузки, стресса и с большим количеством пациентов с их проблемами, что и влечет за собой более выраженную вторичную травматизацию ($r = 0,309$; $p \leq 0,05$) и утомление от сочувствия ($r = 0,294$; $p \leq 0,05$). Для них характерен мотив карьерного роста ($r = 0,424$; $p \leq 0,01$), который и вынуждает их заниматься профессиональной деятельностью больше. Возможно, при организации различных тренингов по саморегуляции и стрессоустойчивости, а также навыкам проработки переживаний, несмотря на стремление медицинских работников к дополнительной работе, риск вторичной травмы, а соответственно и утомления от сочувствия, снизится, а психическое состояние врачей и психологов улучшится. В дополнение отметим, что показатель «выгорание» по опроснику профессиональных жизненных качеств обратно взаимосвязан с тем, как исследуемые проводят свободное от работы время ($r = -0,346$; $p = 0,05$): наибольшее выгорание испытывают те, кто указал, что в свободное время не может переключиться с мысли о работе на что-то

другое, а наименьшее те, кто отметил, что проводит время с семьёй и друзьями. Можно выдвинуть предположение о важности наличия общения с близкими людьми и эмоциональной поддержки в профилактике ЭВ.

Ряд значимых корреляций также связан с выгоранием по опроснику профессиональных жизненных качеств (рис. 4).

У медицинских работников выгорание сильно связано с разносторонней высокой мотивацией: ориентацией на деньги ($r = 0,402$; $p \leq 0,01$), на труд ($r = 0,430$; $p \leq 0,01$) и на альтруизм ($r = 0,466$; $p \leq 0,01$), мотивацией избегания ($r = 0,316$; $p \leq 0,05$) и достижения ($r = 0,290$; $p \leq 0,05$), а также при этом с неуверенностью в поведении ($r = 0,422$; $p \leq 0,01$). Вероятно, специалисты предъявляют к себе слишком высокие ожидания и желают много, но не уверены, что способны на это, поэтому испытывают дополнительных стресс, который и приводит их к профессиональному выгоранию. Опираясь на эти данные, возможно, следует чаще поощрять успехи в деятельности сотрудников, чтобы снижать их неуверенность и ЭВ. Благодаря проведённому корреляционному анализу мы смогли больше узнать об особенностях мотивации и ЭВ у врачей-психиатров и медицин-

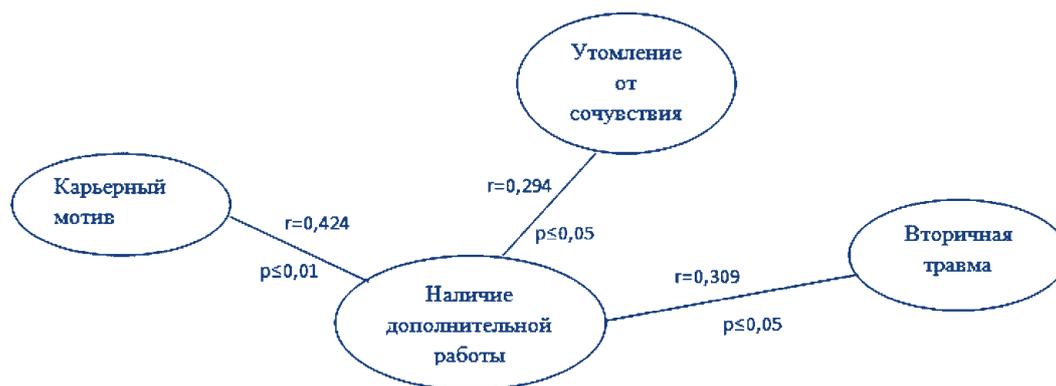


Рис. 3. Взаимосвязи с наличием дополнительной работы и дежурств
Relationships with the availability of additional work and shifts

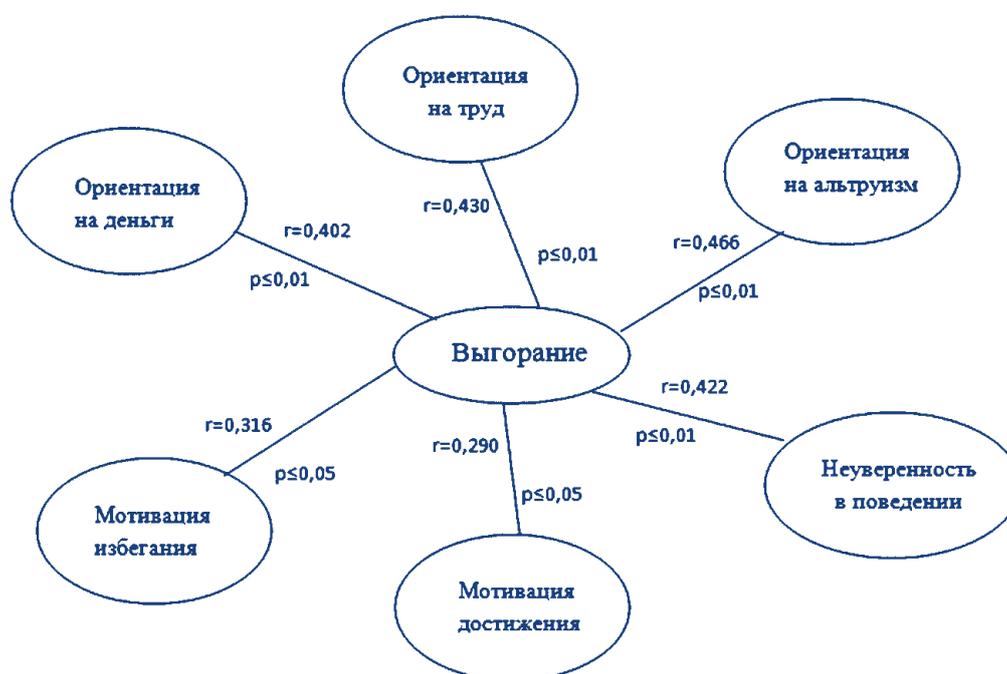


Рис. 4. Взаимосвязи с выгоранием по опроснику профессиональных жизненных качеств
Relationships with burnout according to the Professional life Qualities questionnaire

ских психологов, а также представить возможные варианты профилактики СЭВ и наметить направления для дальнейших исследований.

Исследование позволяет сделать следующие выводы: средний уровень ЭВ у врачей-психиатров и медицинских психологов небольшой, есть те, у кого он почти не выявлен, но есть и те, у кого повышен, эти люди нуждаются в помощи. ЭВ и утомление сочувствия сильнее выражены у начинающих специалистов и тех, чей стаж превышает 20 лет. Наблюдается прямая взаимосвязь ЭВ с разнообразной и высокой мотивацией, которую не удаётся полноценно реализовать. Выявлена важность контроля над количеством рабочей нагрузки и поощрением деятельности, а также наличия общения с близкими людьми и эмоциональной поддержки в профилактике ЭВ.

Литература

1. Quan C. E. et al. Impact of provider burnout on the quality of healthcare services: A brief review // *Journal of Preventive and Complementary Medicine*. — 2024. — Т. 3. — №. 2. — С. 103-109.
2. Delgado N. et al. What is the link between different components of empathy and burnout in healthcare professionals? A systematic review and meta-analysis // *Psychology research and behavior management*. — 2023. — С. 447-463.
3. Rotstein S. et al. Psychiatrist burnout: a meta-analysis of Maslach Burnout Inventory means // *Australasian Psychiatry*. — 2019. — Т. 27. — №. 3. — С. 249-254.
4. Nimdawitt N., Wannarit K., Pariwatcharakul P. Thai psychiatrists and burnout: A national survey // *PLoS one*. — 2020. — Т. 15. — №. 4. — С. e0230204.
5. Kader N. et al. Burnout and job satisfaction among psychiatrists in the Mental Health Service // *Asian Journal of Psychiatry*. — 2021. — Т. 58. — С. 354-359.
6. Carneiro Monteiro G. M. et al. Psychiatric symptoms, burnout and associated factors in psychiatry residents // *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. — 2021. — Т. 43. — С. 207-216.
7. Yao H. et al. Burnout and job satisfaction of psychiatrists in China: a nationwide survey // *BMC psychiatry*. — 2021. — Т. 21. — С. 1-11.
8. Chi D. et al. The role of empathy and self-compassion in the association between workload and burnout in psychiatric professionals // *Asian Journal of Psychiatry*. — 2024. — Т. 92. — С. 103888.

Методика спокойной гипнотизации в комплексном лечении заикания

И.В. Салынцеv¹, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО МИ РУДН им. Патриса Лумумбы

¹ Факультет непрерывного медицинского образования Медицинского института РУДН имени Патриса Лумумбы (117198, РФ, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 21)

Одной из основных универсальных техник (методик) гипноза является спокойная гипнотизация с использованием, так называемой, «гипнотической песни». Понимание последних и соблюдение, а также знание механизмов процессов, возникающих во время пребывания в гипнозе и гипносуггестий, позволит гипнологу расширить количество исцеляемых пациентов с различной патологией и помогать диагностике в трудных клинических случаях. Знания структуры сеанса и проявления гипнотических феноменов в динамике лечения может раскрывать, прежде всего, изменения в психическом статусе пациента.

Ключевые слова: гипноз, структура, этапы сеанса, гипносуггестия.

The technique of calm hypnosis in the complex treatment of stuttering

I.V. Salyntsev¹, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology of the Russian National Research Medical University. Patrice Lumumba

¹ Faculty of Continuing Medical Education of the Patrice Lumumba RUDN University Medical Institute (21 Miklukho-Maklaya str., Moscow, 117198, Russian Federation)

One of the main universal hypnosis techniques is calm hypnosis using the so-called “hypnotic song”. Understanding the latter and compliance, as well as knowledge of the mechanisms of processes that occur during hypnosis and hypnosuggestion, will allow the hypnologist to expand the number of cured patients with various pathologies and help diagnose difficult clinical cases. Knowledge of the structure of the session and the manifestation of hypnotic phenomena in the dynamics of treatment can reveal, first of all, changes in the mental status of the patient.

Keywords: hypnosis, structure, stages of the session, hypnosuggestion.

Одной из основных универсальных техник (методик) гипноза является спокойная гипнотизация с использованием, так называемой, «гипнотической песни», в которой выделяют 3 этапа, имеющие различные цели и задачи [1]. Приверженность последним, а также знание механизмов, процессов, возникающих во время пребывания в гипнозе и гипносуггестий, позволяет психотерапевту-гипнологу расширять применение гипнотерапии при различной патологии в трудных клинических случаях. Научные открытия современных учёных раскрывают психологические, биохимические, иммунные процессы и процессы, развивающиеся в гипнотическом состоянии человека: нормализуется формула крови [2], вырабатывается динорфин [3], активируется иммунитет [4–6]. Применение гипнотерапии позволяет активировать волевые, эмоциональные и интеллектуальные сферы психики, раскрыть творческие возможности человека [7].

Подробно эту технику спокойной гипнотизации и три этапа гипнотического сеанса описал С.И. Консторум в 1959 г. [8].

На практике, в начале 1 этапа для погружения в гипноз эффективно использовать подход М. Эриксона: предложить пациенту фиксировать

всё своё внимание на голосе гипнотерапевта; обращаться к пациенту вежливо, уважительно по имени (для возрастных людей по имени и отчеству): «Пожалуйста, все внимание сосредоточьте на моём голосе, и пусть с каждой секундой оно усиливается с одновременным мышечным расслаблением». И идет «мягкая волна» гипносуггестий, произносимых негромким, монотонным голосом, выполняя 1-ю задачу 1 этапа: расслабить, успокоить и погрузить в гипноз [1, 8]. После гипносуггестий с содержанием формул расслабления мышц (от лицевых до кончиков пальцев рук и ног) идет 2-я «волна» гипносуггестий, как результат реализации 1-й «волны» — внушение тяжести тела, рук и ног. Расслабление мускулатуры приводит к расширению сосудов (физиологический фактор) и кровь устремляется к пальцам рук и ног (по законам физики — притяжение земли), что создаёт ощущение тяжести и тепла. И эти явления усиливаются при соответствующих гипносуггестиях. К концу 1 этапа можно внушать и лёгкость тела, рук и ног, что возникает при 2 степени гипноза [9]. Л.П. Гримак (2004) предлагает пациенту вспомнить запомнившийся случай естественного пребывания в «дремотном», «просоночном» состоянии [10]. Альтернативно можно предложить

пациенту представить и ощутить приятную дремоту после длительной физической работы [5, 6].

На 2-м лечебном этапе гипносеанса голос гипнотерапевта становится твёрдым, с чёткой артикуляцией, с убеждённой в том, что внушается. Лечебные внушения формируются в соответствии с патологическими симптомами, с целью устранения последних. Гипносуггестия пробуждения ночью при желании помочиться у детей с энурезом (когда качество сна становится нормальным), приводит к реализации этого условного рефлекса, не сформировавшегося после 4–5 лет у ребёнка с профундосомнией [5, 6]. Внушение отвращения к спиртному [5, 6, 8] в гипнозе и наяву, устраняет тягу к алкоголю у больных хроническим алкоголизмом. Улучшается настроение у больных с депрессивной симптоматикой. У больных циклотимией в депрессивной фазе в начале курса гипнотерапии внушаемые образы природы воспринимаются в чёрно-белой окраске, а в конце курса лечения эти образы реализуются уже в цветной окраске, фон настроения заметно улучшается, и это сопровождается выходом из депрессивной фазы в состояние ремиссии [5, 6]. На этом этапе открываются «резервы организма» [11] или «внутренние аптеки» [1], благодаря этому усиливается иммунитет, что приводит к редуцированию бородавок у детей и подростков (подавляется вирусная патология) [4–6]. Наконец, усиливаются, благодаря пребыванию в гипнозе, творческие способности [7], если пациент имеет изначально соответствующие способности или навыки.

Третий этап проводится не спеша, в течение 2–3 мин. Внушается пробуждение: «возвращается» ощущение тела, упругости в руках и ногах, в голове рассеивается «туман», «проясняется в голове». Затем проводится клиническая беседа об ощущениях в гипнозе: в 1 степени гипноза — телесные: тепло, тяжесть в конечностях, во 2 степени — лёгкость в руках и ногах и всего тела, в 3 степени — реализация внушений и в двигательной, и чувственных сферах.

Известно, что заикание — одно из наиболее сложных и длительно протекающих нарушений речевой деятельности с преимущественным поражением коммуникативной функции. Подробной иллюстрацией эффективного применения гипнотерапии служит недавний клинический случай лечения пациента, с длительно протекающим заиканием.

Пациент В., 22 г., обратился с жалобами на затруднения речи в форме заикания, которое усиливается при общении с людьми, во время выступлений перед аудиторией.

Из анамнеза известно, что родился в семье служащих от 2-й беременности, 2-х родов, в срок, без патологии, с весом 3500 г., рост 49 см. В первый месяц отмечалась недостаточная прибавка в весе, и был введен прикорм. Голову начал держать

с 1,5 месяцев, сидеть с 6 мес., стоять с 9 мес., самостоятельно ходить — с 11 месяцев. Речевое развитие: в 1 год говорил более 30 слов, после 2,5 лет — речь развёрнутыми предложениями (фразовая речь). Плохо выговаривал до 5 лет букву «р», «л» — до взрослого возраста. До 3,5 лет шепелявил. Начал читать с 4,5 лет.

В детский сад пошел в 3 года, от сверстников в развитии не отставал. В течение 2-х недель адаптировался в детском коллективе. В 5 лет перестал ходить в детский сад. Посещал в дневное время группу продлённого дня в школе, где в то время в начальных классах работала учителем мать.

В школу пошёл в 7 лет. Быстро и хорошо усваивал школьную программу, конфликтов не отмечалось, хорошо общался с одноклассниками.

До 10 лет сохранялся энурез (1 раз в месяц): связывал это с возникающими частыми семейными конфликтами на почве алкоголизации отца. Переживал эпизоды его запоев: пропадал аппетит, возникал «ком в горле». Испытывая обиду «за дурное поведение отца в период запоев».

Начало заикания, со слов родителей пациента, возникло сразу после сильного конфликта, когда «вырвался из игровой комнаты от удерживающего его брата в родительскую комнату, чтобы утихомирить ссорившихся родителей», а в ответ услышал их крик и приказ выйти из комнаты. Мать обнаружила заикание в виде речевых запинок весной того же года. На её вопрос «зачем он это делает», не смог ответить и заплакал. Позже появились затруднения при чтении вслух, «как будто что-то мешает». Эти явления вызывали «негативные эмоции». Заикание продолжилось и в 3-м классе, тогда уже речевой дефект заметил учитель: начал отказываться от проверки успеваемости в виде контрольного чтения, «потому что чувствовал свою неполноценность, стыд из-за заикающейся речи». Отказывался ходить в магазин, потому что боялся и стыдился появления заикания перед людьми. Дома меньше заикался. Говорил лучше со знакомыми людьми, но «с отцом всё равно было трудно говорить». Попытки «заговорить у бабок» заикание были безуспешны. После 4 класса в течение 10 дней получал комплексное лечение у врача, специализирующегося по лечению заикания. Результата лечение не принесло, как и посещение «молитвенного храма». До 9 класса заикание сохранялось, особенно, во время устных ответов, но в летнее время становилось легче говорить. Испытывал «чувство своей неполноценности», но продолжал общаться со сверстниками и учился на «отлично», хотя участвовать в мероприятиях, где нужно было выступать с речью перед публикой, отказывался. На уроках литературы не всегда мог прочесть стихотворение. После того, как «отец был закодирован от алкоголизма и перестал злоупотреблять алкоголем», начал уверенно читать текст перед классом, хотя рассказывать

какой-либо текстовый фрагмент было трудно. Так же старался избегать поручений, в которых нужно было что-то передать на словах. При пении заикание не проявлялось.

В 10-ом классе родители «возили на гипноз, который представлял из себя сеанс «собираения плохой энергии» с помощью жестов и чтения молитв». Некоторое время чувствовал себя лучше, но после «первого же стресса заикание вновь стало проявляться в прежней степени.

После сдачи ЕГЭ в 11-м классе поступил в МГМУ им. И.М. Сеченова. С ужасом представлял, как предстоит жить в другом городе и самостоятельно общаться с людьми, отвечать на занятиях и экзаменах. Состояние речи оставалось прежним. При этом ответы на семинарах очень зависели «от внешнего вида преподавателя, его настроения, тона и собственного настроения». Если нужно было попросить о чём-то любого малознакомого человека, появлялись страх заикания, чувство дискомфорта, учащалось сердцебиение, часто «не удавалось сказать и слова».

В середине 3-го курса отмечалось обострение состояния: не мог нормально общаться с одногруппниками, перестал отвечать на занятиях, боялся говорить («боялся своей речи»). По совету психотерапевта стал медленнее говорить, и заикание несколько уменьшилось. До 4 курса состояние речи существенно не менялось. С 4 курса начал заниматься с психологом. Использовались дыхательная гимнастика, йога, массаж, упражнения на дикцию. Это дало некоторый эффект, но только «в моменты, когда был абсолютно спокоен». Обратился к психиатру, психотерапевту-гипнологу.

В психическом статусе обращает внимание облик скромного невысокого молодого человека, застенчивого, немногословного, несколько напряженного. При ответе на вопросы обнаруживаются речевые запинки, в первых словах предложения, преимущественно, тянущиеся слоги и сопутствующие движения (сжатие пальцев рук), нарушение ритма «речевого рисунка», дыхательная дизритмия с параллельно возникающим покраснением кожи на лице и груди. Эмоционально лабилен, сенситивен. Интеллект высокий. Волнение и страх говорить с незнакомыми людьми приводит к затруднениям речи (запинки, заикание, «перехватывает дыхание», сжимает пальцы рук), в домашней обстановке речь заметно улучшается. Ухудшается качество речи так же на фоне сниженного настроения, повышенной физической нагрузки и астенического состояния.

При первичном осмотре в соматическом и неврологическом статусе патологии нет.

Лечебный процесс

Комплексное лечение включало кроме психофармакотерапии (гопантеповая кислота, тофизопам) ряд методов психотерапии (АТ, гипноте-

рапию с одним сеансом наркогипнокатарсиса), дыхательную и артикуляционную гимнастику, иглорефлексотерапию с аурикулярными точками (АТ: 34,55,51,0), корпоральными точками (VC23, VC24, VG14, VG20) и сочетанием их [12]. Гипносуггестии были направлены на преодоление волнения перед разговором, страха речи, касались волевой сферы, суггестии усиливали уверенность в себе, активировали внутренние ресурсы на преодоление всех болезненных явлений, в процессе гипнокатарсиса больной отреагировал на психотравмирующие картины из прежних этапов жизни.

На фоне лечения пациент вел ежедневно дневник наблюдения, где отмечал состояние речи в различных ситуациях, фон настроения и самочувствие, проводил функциональные тренировки речи в виде диалога с незнакомыми людьми в общественных местах.

Анализ динамики в психическом статусе по наблюдению врача и самонаблюдению пациента в течение 1,5 лет выявляет следующее:

1. Волнообразное изменение качества речи с постепенным уменьшением страха речи и увеличением ее общего качества (субъективное и объективное уменьшение запинок и «трудных» эпизодов в периоды общения с незнакомыми людьми).

2. Максимальное беспокойство и выраженные вегетативные реакции (сердцебиение, чувство нехватки воздуха, ком в горле) проявляются непосредственно перед началом важного, по мнению больного, разговора и в течение первых 1–2 минут общения.

3. Факторы, значительно ухудшающие качество речи, а также увеличивающие внутреннее напряжение при произнесении:

— утомление физическое и при длительном разговоре;

— вынужденный (дежурство в клинике) короткий сон;

— текущее параллельно заиканию заболевание (грипп, ОРЗ, зубная боль);

— выступление перед объективом кинокамеры;

— отношение к предстоящему разговору как «очень важному, значимому»;

— присутствие рядом нескольких людей, в том числе случайных, не имеющих отношение к разговору;

— психическое перевозбуждение, необходимость быстрого ответа;

— переезд на новое место и попадание в новый коллектив с незнакомыми людьми.

4. Моменты, когда речь становилась лучше:

— непосредственно после начала лечения, а также в течение суток после каждого гипносеанса и занятия, когда появляется уверенность в себе;

— после сеанса наркогипноза в течение нескольких дней с последующим сглаживанием и уменьшением эффекта;

— после радостных событий в жизни, придающих уверенность в себе (победа в конкурсе, олимпиаде, пятёрка за экзамен);

— при общении с родственниками, в особенности, женского пола (тётя, бабушка, сестра);

— после долгой предварительной подготовки, многочисленных повторов скороговорок и дыхательных упражнений перед выступлением.

В результате комплексного лечения удалось заметно уменьшить чувство тревоги и страха перед и во время телефонных разговоров (более частое предпочтение голосовых переговоров, нежели СМС-сообщений); более частые ответы на занятиях и выступления с докладами перед группой пациентов; более частое общение с продавцами в магазинах, обращение к прохожим за помощью; активное выступление на студенческих научных кружках перед аудиторией; расширение круга общения, уменьшился страх речи перед незнакомыми людьми.

Со слов больного, улучшение речи, в первую очередь, проявляется в уменьшении частоты эпизодов выраженного страха речи, полной невозможности произнесения слов и фраз. Отмечается также, более спокойное отношение к предстоящим разговорам (опрос пациента, ответ на занятии). Всё это ведет к уменьшению числа запинок при общении в спокойной, привычной обстановке, а также позволяет спокойно общаться в условиях, ранее воспринимаемых, как волнительные, страшные, беспокойные.

Обсуждение

В соответствии со степенями гипноза по А. Форелю [9], картины гипноза М.Е. Бурно [1], можно констатировать следующие соотношения гипнотических феноменов и клинической картины у пациента: установлена 3 степень сомнамбулизма [9] гипнотического интравертированного [5, 6] с реализацией внушений в чувственной сфере (с собственными дорисовками и деталями), как «реалистическая форма», но поначалу в черно-белом изображении (особенно, при наличии астенической симптоматики и сниженного настроения), затем, при положительной динамике лечения, — в цветном изображении с «внутренними дорисовками деталей пейзажа» и сохранении ориентировки в месте и собственной личности. Удалось реализовать внушения в сфере телесных ощущений и звуков: «кожей ощущается ветерок, свежесть, шум волн, спокойствие охватывает пациента. Реализовались внушения ощущения теплого песка, жаркого дня, что сопровождалось «чувством тепла в ступнях, в спине». Пациент так описывает эти явления: «Перед глазами открывается морской

берег, усыпанный ракушками и выброшенными после шторма водорослями. Вдали виднеются мачты далёких судов, чайки летают, издавая протяжные крики, шум прибоя наполняет уши и помогает раствориться во всём этом, стать единым с природой и окружающими предметами».

При внушении пейзажа леса в глубоком транс «слышится пение птиц, шум листвы, тепло летнего солнца. Перед глазами видится живописный пейзаж: тёмная поляна, с редкими проблесками солнца на высокой и душистой траве, красивые цветы, спрятавшиеся в тени своих высоких, могучих собратьев. Воздух наполняется звоном многочисленных насекомых и пением хора разнообразных птиц. Вдали слышится стук топора дровосека, где-то перекликаются люди, собирающие ягоды». Это, со слов пациента, «помогает отвлечься от окружающих его проблем, наполняет разум спокойствием и душу теплом».

При улучшении состояния (устойчивое настроение и хорошее качество речи) заметно улучшается и клиническая картина гипноза (яркость и цветность внушаемых образов).

Заключение

Техника спокойной гипнотизации является универсальной применительно к различному контингенту пациентов, исключая тех, кому противопоказан гипноз и гипнотерапия. Гипноз может активировать творческие возможности и активировать ресурсы организма для преодоления психических расстройств.

Знания структуры сеанса и проявления гипнотических феноменов в динамике лечения может раскрывать, прежде всего, изменения в психическом статусе пациента.

Литература:

1. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. Издание 2-е, доп. и перераб. — М. Академический Проект; Деловая книга. 2006; 800с.
2. Тукаев Р.Д. Тайны гипноза. Современный взгляд. Медицинское информационное агентство. — М. 2006; 446 с.
3. Коуплан Р. Гипноз: практическое руководство. — СПб.: Издательство «Питер». 2000; 288с.
4. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. — М. Государственное издательство Медицинской литературы. Медгиз. 1957; 430с.
5. Салынец И.В. Гипнотерапия в практике врача-психотерапевта: учебное пособие для врачей. М.а: РУДН. 2015; 145с.
6. Салынец И.В. Гипноз в комплексном лечении хронического алкоголизма в амбулаторных условиях в постабстинентном периоде и на этапе реабилитации. М. — РУДН. 2023; 160 с.
7. Райков В.Л. Биоэволюция и совершенствование человека, сознание, творчество, искусство. М.1998;327с.
8. Консторум С.И. Опыт практической психотерапии. М.: Медицинская книга; Анимэ — Пресс. 2010; 172 с.
9. Форель А. Психотерапия, внушение, гипноз. Л. 1928; 224 с.
10. Гримак Л.П. Тайны гипноза. Современный взгляд. СПб.: Питер. 2004; 304 с.
11. Бэндлер Р., Гриндер Дж., Делозье Дж., Эриксона М. Полный курс гипноза. Паттерны гипнотических техник Милтона Эриксона. М.: Издательство АСТ. 2017; 501 с.
12. Лувсан Г. Очерки восточной рефлексотерапии. М. 1980.

Особенности ведения пациентов с фибромиалгией в клинической практике

О.М. Урясьев¹, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии имени профессора В.Я. Гармаша (uryasev08@yandex.ru);

О.Ю. Лазарева¹, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской терапии имени профессора В.Я. Гармаша (lazareva-oksana@list.ru);

А.А. Лищенко¹, ординатор по специальности ревматология;

А.А. Мальков¹, ординатор кафедры факультетской терапии имени профессора В.Я. Гармаша;

Е.А. Долженкова², заведующая отделением ревматологии ГБУ РО «ОКБ»;

Е.В. Огорельцева², врач-ревматолог ГБУ РО «ОКБ»;

В.Е. Родионова², врач-ревматолог ГБУ РО «ОКБ».

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9);

² Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Областная клиническая больница» (390039, г. Рязань, ул. Интернациональная, 3а).

В настоящее время в связи с увеличением продолжительности жизни, высоким уровнем фоновой стрессовой нагрузки, ростом распространенности хронических заболеваний, в том числе, сопровождающихся хроническим болевым синдромом, большой распространенностью метаболических нарушений в популяции, становится актуальной проблема фибромиалгии (ФМ) среди этих групп населения. ФМ часто имитирует симптомы соматических заболеваний, усугубляет их течение, затрудняет подбор терапии. ФМ часто сопутствует хроническим ревматическим заболеваниям, таким как ревматоидный артрит, системная красная волчанка, анкилозирующий спондилит, псориазический артрит, остеоартрит и может имитировать симптомы этих заболеваний, заставляя врача необоснованно усиливать терапию основного заболевания, опираясь на интенсивность и торпидность болевого синдрома. В этой связи становится очевидной необходимость своевременной диагностики и лечения ФМ.

Ключевые слова: фибромиалгия, хронические заболевания, коморбидность, боль, хроническая боль, депрессия, триггерные точки.

Features of management of patients with fibromyalgia in clinical practice

O.M. Uryasev¹, Doctor of Medical Sciences, Professor, head of Department of faculty therapy named after Professor V.Ya. Garmash (uryasev08@yandex.ru);

O.Y. Lazareva¹, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Faculty Therapy named after Professor V.Ya. Garmash (lazareva-oksana@list.ru);

A.A. Lishhenko¹, Resident specialist in Rheumatology;

A.A. Mal'kov¹, Resident of the Department of Faculty Therapy named after Professor V.Ya. Garmash;

E.A. Dolzhenkova², Head of the Rheumatology Department of GBU RO OKB;

E.V. Ogorelceva², rheumatologist GBU RO «OKB»;

V.E. Rodionova², rheumatologist GBU RO «OKB».

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov of the Ministry of Health of the Russian Federation (9, Vysokovoltnaya str., Ryazan, Russia, 390026);

² State Budgetary Institution of the Ryazan Region «Regional Clinical Hospital» (3a Internatsionalnaya str., Ryazan, 390039).

Currently, due to an increase in life expectancy, a high level of background stress, an increase in the prevalence of chronic diseases, including those accompanied by chronic pain syndrome, and a high prevalence of metabolic disorders in the population, the problem of fibromyalgia (FM) among these population groups is becoming urgent. FM often mimics the symptoms of somatic diseases, exacerbates their course, and makes it difficult to choose therapy. FM often accompanies chronic rheumatic diseases such as rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, and osteoarthritis and can mimic the symptoms of these diseases, forcing the doctor to unreasonably enhance therapy for the underlying disease based on the intensity and torpidity of the pain syndrome. In this regard, the need for timely diagnosis and treatment of FM becomes obvious.

Keywords: fibromyalgia, chronic diseases, comorbidity, pain, chronic pain, depression, trigger points.

Фибромиалгия (ФМ) — это заболевание, проявляющееся скелетно-мышечными болями, формированием «триггерных точек» и сопровождающееся астенией, нарушениями сна, утренней скованностью, эмоциональными расстройствами, когнитивными нарушениями длительностью более 3-х месяцев [1, 3, 4].

Распространенность ФМ в популяции варьирует от 2 до 13 %. Около 30 % больных теряют трудоспособность. Наиболее часто ФМ диагностируется у женщин (70–90 % от всех заболевших). Средний возраст пациентов с ФМ составляет 35–50 лет, однако описано развитие ФМ в пожилом и детском возрасте. Довольно часто ФМ развивается на фоне

ревматических и инфекционных заболеваний. Так, при системной красной волчанке симптомы ФМ выявляются в 17–40 % случаев, при ревматоидном артрите — у 17–57 % пациентов, а при псориазическом артрите — у 24 % больных. ФМ встречается также при аутоиммунном тиреоидите, синдроме Шегрена, болезни Лайма и гепатите С [1].

Впервые стойкие болезненные уплотнения в мышцах описал В. Frogier в 1843 году. Он предположил, что эти уплотнения образованы изменённой соединительной тканью. Позже R. Stockman, основываясь на результатах гистологических исследований, также отнёс пальпируемые уплотнения к гиперплазированной соединительной ткани. Интерес к этой проблеме то возрастал, то затухал на протяжении многих лет. Вирхов же отнёс эти уплотнения к мышечному ревматизму. Этот термин использовался в течение длительного времени, с конца XIX века и до начала XX века. В 1919 г. Н. Schade сообщил, что уплотнения в мышцах сохраняются и после смерти. Этот факт опроверг представление, что пальпируемые тяжи возникают в результате мышечного сокращения. В 1976 г. Дж. Тревелл предложила концепцию о самоподдерживающем характере миофасциальных триггерных точек и обратном механизме связи между ними и центральной нервной системой (ЦНС). В 1972 г. Смит определил с помощью дозиметра типичную локализацию чувствительных точек как объективный диагностический критерий фиброзита. Термин «фибромиалгия» предложил Р.К. Ненч в 1976 г. В 1981 г. Юнус и соавт. предложили в качестве диагностических критериев ФМ, наряду с чувствительными точками, клинические критерии (распространённый болевой синдром, утомляемость, расстройства сна и др.).

В отечественной литературе эта патология традиционно связывается с остеохондрозом позвоночника. По мнению Дж. Тревелл и Д. Симонс, термин остеохондроз широко используется русскими вертебрологами как обобщающий и включает в себя ФМ и миофасциальные боли. Такое представление прочно укрепилось в сознании врачей под влиянием публикаций Я.Ю. Попелянского и его многочисленных учеников. Болезненные уплотнения в покровных тканях считаются ими одним из рефлекторных синдромов остеохондроза. Такое представление логично объясняется имеющимися нервными связями между поражёнными двигательными сегментами позвоночника и соответствующими мягкими тканями (миотомы). Его до настоящего времени придерживаются многие отечественные неврологи и терапевты. Однако сторонники вертеброгенного генеза миофасциальной боли отмечают явное несоответствие выраженности рентгенологических проявлений остеохондроза и миофасциального болевого синдрома [5].

Этиология этого заболевания остается неизвестной. Сообщения о семейной агрегации за-

болевания свидетельствуют о возможном участии наследственного фактора в развитии ФМ. Так, среди родственников первой степени родства ФМ встречается в 26–50 % случаев, что превышает уровень ее распространенности в общей популяции. Предшествовать развитию синдрома ФМ может травма, психологический стресс, перенесённые бактериальные инфекционные заболевания, а также вирус Эпштейна-Барр, Коксаки, парвовирус В19, HCV и др.

В настоящее время выделены факторы риска развития ФМ, к которым относятся: наследственность, женский пол, наличие хронического регионального болевого синдрома, эмоциональные травмы, индивидуальные особенности реакции на стрессовые воздействия, когнитивно-поведенческие характеристики (склонность к катастрофизации боли, формирование болевого поведения, психосоциальные аспекты).

В настоящее время выделяется несколько механизмов формирования боли при ФМ. *Ноцицептивный механизм боли объясняет ФМ с позиции раздражения ноцицепторов.* Ноцицепторы являются свободными нервными окончаниями и реагируют лишь на патологические раздражители, то есть возбуждаются во время сокращения мышц под влиянием алгических веществ в условиях ишемии. Основная роль в этом принадлежит нарушениям микроциркуляции и энергетической недостаточности мышц. Дефицит аденозинтрифосфата и фосфокреатина ведет к дистрофии мышечных волокон. В свою очередь ишемия обуславливает освобождение периферических аллогенных субстанций, что поддерживает сенсibilизацию ноцицепторов, которая сопровождается их патологическим реагированием на физиологические стимулы. В свою очередь *реактивная боль* возникает в ответ на дисфункцию мышц, развивающуюся на фоне сдавления корешка спинного мозга. Болезненный мышечный спазм является частым симптомом ФМ. Его причиной могут быть нарушения нервной регуляции при структурных или функциональных дефектах позвоночника. Известно, что признаки сколиоза выявляются при ФМ в 80 % случаев. Часто диагностируются спондилез, *spina bifida*, признаки гипермобильности суставов. Рассматривается также *психосоматический генез болевого синдрома.* Больные ФМ часто связывают появление болей в мышцах со стрессовыми ситуациями. Обращает на себя внимание, что пациенты с ФМ имеют склонность к избыточной массе тела и к алкоголизму, что может способствовать формированию хронического психоэмоционального стресса. *Нарушение центрального механизма боли* сопровождается нарушением продукции серотонина, катехоламинов и опиатов, принимающих непосредственное участие в механизмах возникновения боли при ФМ. Недостаток серотонина ведет к нарушениям сна, развитию

депрессии, а также дисрегуляции процессов вазоконстрикции и дилатации. У пациентов с ФМ выявлено достоверное снижение уровня серотонина в крови и повышение субстанции P, образующейся в избыточном количестве в спинном мозге при стимуляции ноцицептивных C-волокон, которая в свою очередь активизирует центральные ноцицептивные пути.

В последние годы рассматривается 5 теорий патогенеза мышечно-скелетной боли:

1. Ишемический спазм мышц: травма и перенапряжение мышц приводят к высвобождению внутриклеточного кальция и удлинению мышечному сокращению, что вызывает боль за счет высвобождения серотонина, простагландинов и других медиаторов воспаления.

2. Гиперактивность мышечных волокон: теория была выдвинута после обнаружения в триггерных точках низкоуровневой электромиографической активности, которая не снижалась под воздействием кураре, но блокировалась фентоламином.

3. Гиперактивность концевых двигательных пластинок: теория объясняет наблюдавшуюся локальную электромиографическую активность как патологическую активность небольшого числа концевых пластинок.

4. Периферическая сенситизация: под влиянием медиаторов воспаления (серотонин, цитокины, факторы роста и др.), источником которого служат поврежденные мышцы, происходит сенситизация скрытых периферических афферентов, локализованных в коже и суставах.

5. Центральная сенситизация и вторичная гипералгезия: связывает развитие гипералгезии (являющейся отраженной) с сенситизацией NMDA-нейронов задних рогов спинного мозга под влиянием уменьшения центральных ингибирующих влияний.

Таким образом, у пациентов с ФМ имеются иммунные, нейроэндокринные и психические изменения, возникшие под влиянием травмы, инфекции или стресса [1].

Клиническая картина характеризуется медленным нарастанием болевого синдрома в течение ряда лет. Так, первое обращение к врачу происходит через 8–10 лет от дебюта заболевания. ФМ может развиваться без видимых причин, но чаще ее начало можно связать с перенесенными психическими или физическими стрессами.

Основным проявлением ФМ является хроническая диффузная симметричная мышечно-скелетная боль. Она носит монотонный характер, но может усиливаться после эмоционального напряжения и физических нагрузок, а также после переохлаждения. Боль снимается после воздействия тепла, массажа и отдыха. Несмотря на то, что интенсивность боли может меняться в течение суток, она носит постоянный характер, субъективно пациенты не отмечают «светлых промежутков».

Обычно больные предъявляют жалобы на боли в мышцах, локализующиеся в области шеи и плеч, спины, поясницы, несколько реже — в конечностях и области передней грудной клетки. Большинство больных отмечают скованность в утренние и вечерние часы длительностью от 1 до 24 ч (в среднем 10 ч). Скованность в виде ограничения подвижности имеет расплывчатые, нечеткие границы, не локализуется в той или иной области сустава.

Специфичным для ФМ является обнаружение множественных болезненных точек в определенных анатомических местах «tender points». Количество точек может быть различным. Приводятся сведения о 70 чувствительных точек у одного больного. В клинической практике эти точки расположены симметрично на обеих половинах тела в местах прикрепления мышц и сухожилий. Пальпация болевых точек, как правило, не вызывает иррадиации боли, что позволяет отличать их от триггерных точек, характерных для синдрома миофасциальной боли.

Для ФМ характерны аллодиния (возникновение боли в ответ на физиологические стимулы) и гипералгезия (повышенная чувствительность к болевым стимулам). Примерно 30–50 % больных субъективно ощущают припухлость мягких тканей вокруг сустава, однако признаки истинного артрита не выявляются.

Нарушение сна наблюдается у 80 % больных ФМ. Сон носит прерывистый и поверхностный характер, отмечается трудность засыпания, повышенная двигательная активность во сне и частые пробуждения.

Важной особенностью ФМ являются изменения психологического статуса, включающие появление депрессии, ипохондрии и тревоги. В 64 % случаев депрессивные эпизоды предшествовали появлению симптомов ФМ, при этом у 71 % пациентов с ФМ в анамнезе были указания на имевшиеся ранее депрессивные состояния. У больных ФМ имеются характерные жалобы на подавленное настроение, утрату интересов к окружающей обстановке, снижение аппетита, нарушения сна и др.

Парестезии отмечаются примерно у 50 % больных ФМ. Они могут быть локализованными и диффузными, распределяться по дерматомам. Больные часто субъективно отмечают мышечную слабость. При неврологическом обследовании с определением скорости проведения по нервам (электромиография) отклонений от нормы не выявляется.

У 20 % больных можно выявить «фибротические узелки» в околокрестцовой области, в верхней части ягодич, нередко болезненные. Гистологически они представляют собой фиброзно-жировую ткань без признаков воспаления.

Мигренеподобные головные боли и боли напряжения регистрируются у 56 % пациентов с ФМ. У 43 % из них выявляется синдром раздраженной

толстой кишки. Первичная дисменорея наблюдается у 43 % пациенток. Часто наблюдаются гиперкинетический синдром, нарушения сердечного ритма, гипотензия, пролапс митрального клапана. Описано сочетание ФМ с синдромом задержки жидкости (идиопатический отек). Наблюдаются слуховые (вестибулярные) расстройства, дисфункция височно-нижнечелюстной жевательной мышцы [1, 5].

Диагностика ФМ основывается на клинических симптомах. При этом следует обратить внимание, что у пациентов с ФМ лабораторные показатели активности воспалительного процесса не выходят за пределы нормы. В связи с этим лабораторное и инструментальное обследование больных ФМ проводится для исключения патологии, при которой синдром болей в мышцах является лишь одним из симптомов (полимиозит, дерматомиозит, системная красная волчанка, ревматоидный артрит и др.).

Диагностические критерии ФМ Американской коллегии ревматологов (1990 г.) включают:

1) наличие диффузной симметричной боли (распространяющейся на правую и левую, верхнюю и нижнюю половины туловища), длящейся не менее чем последние 3 месяца;

2) болезненность при пальпации не менее 11 из 18 (9 пар) специфических чувствительных точек. Положительным ответом считается только возникновение боли, а не чувствительность.

Хотя эти критерии не разработаны для применения в клинической практике, а только для исследовательских целей, они демонстрируют точность 85 % при дифференциальной диагностике пациентов с ФМ и схожими заболеваниями [1, 2, 6].

В 2010 г. Были предложены новые диагностические критерии ФМ. Для оценки данных критериев необходимо использовать два параметра: болевой индекс (БИ) и шкалу тяжести симптомов (ШТС).

У пациента, отвечающего диагностическим критериям ФМ, должны определяться 3 следующих признака:

1) $БИ \geq 7$ и общий счет по ШТС ≥ 5 или $БИ 3-6$ и ШТС ≥ 9 ;

2) симптомы должны быть представлены на одном уровне по крайней мере в течение 3 месяца;

3) у пациента не должно быть другого расстройства, способного объяснить боль.

Для расчета БИ больному предлагается указать, в каких конкретно из 19 областей тела он испытывал боль за последнюю неделю. Для каждой области присваивается 1 балл, и общий счет БИ может колебаться от 0 до 19. Кроме оценки БИ, в диагностике ФМ применяется общий счет по ШТС, который представляет собой сумму тяжести трех признаков (утомляемость, нарушение сна, когнитивные симптомы) и общую степень выраженности соматических симптомов. Финальная оценка колеблется от 0 до 12 баллов. Для каждого из этих 3 симптомов определяют выраженность его в те-

чение последней недели по следующей шкале: 0 баллов — нет нарушений; 1 балл — легкие и незначительные нарушения, обычно малозаметные или преходящие; 2 балла — умеренной выраженности и значительные нарушения, много раз появляющиеся, и/или постоянные умеренной выраженности; 3 балла — тяжелые нарушения, постоянные, длительные, жизнеугрожающие. Суммарно этот раздел ШТС может быть оценен от 0 до 9 баллов.

Для окончательного подсчета ШТС у больного необходимо оценить наличие следующих соматических симптомов: мышечная боль (миалгия), синдром раздраженной кишки, утомление / усталость, расстройства мышления или памяти, мышечная слабость, головная боль, боль / рези в животе, онемение / покалывание, головокружение, нарушение сна, депрессия, запор, боль внизу живота, тошнота, нервозность, боль в грудной клетке, расплывчатое видение, лихорадка, сухость во рту, зуд, визинг (шумное дыхание), феномен Рейно, крапивница / рубцы, звон в ушах, рвота, изжога, язвы ротовой полости, утрата / изменение вкуса, сухость в глазах, одышка, утрата аппетита, сыпь, фоточувствительность, нарушение слуха, облысение, учащенное мочеиспускание, болезненное мочеиспускание. Всего оценивают 40 симптомов. Предлагается следующая градация наличия этих признаков: 0 баллов — нет симптомов; 1 балл — мало симптомов; 2 балла — умеренное число симптомов; 3 балла — большое число симптомов. Суммарная оценка по ШТС с учетом соматической симптоматики может колебаться от 0 до 12 баллов [2].

В ходе обследования ФМ важно исключить другие патологии, например, ревматологические болезни, такие как ревматоидный артрит, полимиозит и системная красная волчанка. Ревматическая полимиалгия (РПМ) является наиболее частым в ревматологической практике заболеванием, с которым необходимо прежде всего дифференцировать ФМ. РПМ развивается у лиц старше 55 лет, начало, как правило, неожиданное. Определяющим отличием от ФМ являются быстрое нарастание неподвижности плечевых суставов и значительное повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ). Болевой синдром при РПМ распространяется на область шеи, тазобедренные суставы. Боли не купируются приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, однако эффективными являются глюкокортикоиды. Важную роль в диагностике РПМ играют лабораторные тесты (высокие значения СОЭ и СРБ).

Клинически сходная картина с ФМ может наблюдаться при паранеопластических синдромах, гиперпаратиреозе, полиневропатии, хронических инфекциях. Существуют лекарственные формы хронических миалгий, развивающиеся при длительном приеме мочегонных средств, препаратов лития, цитостатиков. Нередко миалгии возникают при злоупотреблении алкоголем.

Наибольшие трудности вызывает дифференциальный диагноз ФМ с миофасциальными болевыми синдромами, имеющими хроническое течение (табл. 1) [1, 6].

В практической работе нередко встречаются трудности при дифференциальной диагностике ФМ с синдромом хронической усталости. Его объединяет с ФМ повышенная утомляемость, миалгический синдром, нарушения сна, усталость и депрессия. Однако в диагностических критериях синдрома хронической усталости основное значение придается рецидивирующей усталости, снижающей дневную активность пациентов на 50 % в течение более 6 месяцев, а также наличие малых признаков: симптомы хронического инфекционного процесса (увеличение лимфатических узлов, субфебрилитет), психические и психологические проблемы (ухудшение памяти), симптомы эндокринной дисфункции (быстрое изменение массы тела, снижение аппетита), проявления аллергии и повышенной чувствительности к лекарственным препаратам [1, 5, 6].

Терапия ФМ носит симптоматический характер и направлена на устранение боли, утомляемости, психологических нарушений и восстановление сна. Важная составляющая комплексной терапии ФМ — обучение.

ФМ является «реальным» и объективным заболеванием. Понимание этого приносит облегчение

больным. Разъяснение пациенту без использования сложных терминов сути ФМ поможет создать необходимый уровень приверженности лечению.

Начинают лечение ФМ с различных комплексов лечебной физкультуры с обязательным условием, чтобы физические усилия не сопровождались болевыми ощущениями. Программы физических тренировок включают аэробные упражнения, тренировку силы, гибкости. В настоящее время доказано, что лечебная физкультура повышает концентрацию эндогенных эндорфинов в центральной нервной системе.

Целесообразно применение физиотерапевтических процедур, направленных на купирование боли, снижение мышечного тонуса и улучшение осанки. С целью уменьшения боли используют тепловые ванны, массаж, инфракрасные лучи, криотерапию. В комплекс лечебных процедур может быть включено лазерное облучение с воздействием на болевые точки. Низкоинтенсивное лазерное облучение стимулирует обменные процессы в клетке, улучшает микроциркуляцию и оксигенацию тканей, тормозит проведение болевого импульса на уровне аксона.

В последние годы стал применяться метод криотерапии, обеспечивающий уменьшение выраженности вегетативных расстройств и боли, а также улучшение сна. Больным ФМ показан мягкий, расслабляющий массаж. Мануальная терапия, как

Таблица 1. Дифференциальная диагностика фибромиалгии (ФМ)
Differential diagnosis of fibromyalgia (FM)

| Признак | ФМ | Миофасциальный болевой синдром |
|--|---|--|
| Возраст | 40–60 | Любой |
| Распространенность в зависимости от пола | Чаще болеют женщины | Одинаково часто болеют женщины и мужчины |
| Распространенность боли | Диффузная | Локальная или с захватом соседних зон |
| Течение | Хроническое | Хроническое с обострениями |
| Болевые зоны | Характерные болевые точки | Единичные или множественные мышечные уплотнения (триггерные точки), отраженные боли при надавливании в пределах определенной области |
| Эффективность местных анальгетиков | Как правило, неэффективно | Инъекция в триггерные точки устраняет болевой синдром |
| Реакция вздрагивания | Отсутствует | Локальное вздрагивание мышечного тяжа в ответ на надавливание |
| Симметричность | Часто симметричность | Асимметричность |
| Психические расстройства | Часто тревога, депрессия, утомляемость | Вторичны по отношению к боли |
| Нарушения сна | Значительные, отсутствие чувства отдыха после сна | Могут быть в связи с болевым синдромом |
| Предполагаемая этиология | Психические, нейрофизиологические факторы | Острая или хроническая мышечная травматизация |

правило, вызывает усиление болевого синдрома. Акупунктура эффективна крайне редко и используется в случаях сочетания ФМ с миофасциальными болевыми синдромами.

Одним из эффективных методов нелекарственной терапии в последнее время считается фототерапия — воздействие ярким белым светом (10 сеансов по 30 мин. в утренние часы). Фототерапия снижает выраженность не только болевых ощущений, но также депрессии и расстройств сна. Уменьшают выраженность болевого синдрома при ФМ упражнения в теплом бассейне и гидротерапия [1, 6].

При отсутствии эффекта от немедикаментозных методов лечения переходят к назначению лекарственных средств. Согласно рекомендациям 2010 г. наиболее эффективными и безопасными в терапии ФМ являются антидепрессанты, прегабалин, трамадол [2]. Среди лекарственных препаратов одними из первых для лечения болевого синдрома при ФМ были использованы трициклические антидепрессанты (ТЦА). Было показано, что amitриптилин способен купировать интенсивность болей, укреплять сон и снижать утомляемость больных с ФМ. Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН) (венлафаксин, дулоксетин, милнаципран) ингибируют обратный захват серотонина, и норадреналина, однако, в отличие от ТЦА, практически не влияют на другие рецепторы. Такая избирательность приводит к снижению побочных эффектов и лучшей их переносимости. Данные по венлафаксину говорят о его успешном применении для лечения нейропатической боли и ФМ. В исследованиях с использованием дулоксетина отмечалось более выраженное снижение общего балла по шкале тяжести ФМ. Дулоксетин применяется в качестве средства из группы ИОЗСН для лечения большого депрессивного расстройства, нейропатической боли при сахарном диабете и ФМ. Антидепрессанты могут снизить интенсивность боли при ФМ, уменьшить депрессию, утомляемость, восстановить сон и повысить качество жизни.

Для лечения ФМ широко применяются антиконвульсанты. Прегабалин связывается с $\alpha 2$ - δ участком потенциалозависимых кальциевых каналов в ЦНС. Вследствие уменьшения притока кальция внутрь нейронов снижается высвобождение субстанции P, глутамата и норадреналина, обеспечивая анальгезирующее и анксиолитическое действие прегабалина. В клинических исследованиях прегабалин показал значительное снижение боли, повышение качества сна, снижение утомляемости и улучшение общего самочувствия.

На фоне приема габапентина отмечалось достоверное снижение интенсивности боли. Однако, по современным рекомендациям 2010 г. эффективность габапентина для лечения ФМ не достигает уровня доказательности А.

Трамадол — это анальгетик центрального действия, который связывается с μ -опиоидными рецепторами и ингибирует обратный захват норадреналина и серотонина. Комбинация трамадол / парацетамол эффективно купирует боль при ФМ.

Применение местных анестетиков может быть эффективно при ФМ. Инъекции лидокаина в болевую точку в области трапециевидной мышцы способствуют локальному снижению боли в месте инъекции и достижению общего анальгезирующего эффекта. Это показывает важную роль периферических тканей в развитии гипералгезии при ФМ и доказывает возможность клинического применения локальных инъекций анестетиков для купирования боли при ФМ.

Заключение

Несмотря на прогресс в исследовании этого вопроса, диагностика и лечение пациентов с ФМ по-прежнему представляет собой сложную задачу для врачей. ФМ существенно ухудшает качество жизни пациентов и оказывает негативное воздействие на их когнитивные функции, социальные взаимодействия и повседневную активность. Многие пациенты с ФМ не получают должного лечения, что приводит к длительной потере трудоспособности.

Лечение пациентов с ФМ требует комплексного подхода, в котором принимают участие разные специалисты. Врачам следует подробно объяснить пациенту характер заболевания и его доброкачественное течение. Однако важно также отметить, что поиск эффективного лечения может занять несколько месяцев. У многих больных только сочетание немедикаментозных методов (психотерапия, лечебная физкультура) и лекарственных препаратов позволяет снизить выраженность боли и улучшить качество жизни. Комплексное лечение позволяет полностью устранить симптомы ФМ у 25 % больных и у 25 % уменьшить их проявления.

Литература

1. Тактика врача-ревматолога: практическое руководство / под ред. В. И. Мазурова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 320 с.
2. Фибромиалгия: диагностика и лечение (обзор) / А.Б. Данилов // Поликлиника. — 2016. — Тт. 4-3. — С. 18-23.
3. Вопросы эффективного лечения фибромиалгии. Клинический случай / Т.И. Насонова, Д.В. Романов, А.И. Исайкин // Consilium Medicum. — 2021. — Т. 23(11). — С. 874–878.
4. Современные подходы к терапии фибромиалгии / Т.И. Насонова, А.Х. Мухаметзянова, Г.Р. Табеева, П.А. Черноусов // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2021. — Т. 13(5). — С. 83-89.
5. Фибромиалгия и миофасциальные болевые синдромы: монография / Тузлуков А.П., Горбатовская Н.С. — Пенза, 2008. — 143 с.
6. Коморбидные расстройства при фибромиалгии: диагностика и лечение: Диссертация на соискание кандидата медицинских наук / Насонова Т. И., Парфенов В. А.; ФГАОУ ВО Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И.М. Сеченова МЗ РФ (сеченовский университет). — Москва, 2023. — 134 с.

Светлой памяти Анатолия Болеславовича Смулевича — патриарха советской и российской психиатрии (15.04.1931 — 02.02.2025)



2 февраля 2025 года на 94 году жизни скоропостижно ушел из жизни выдающийся советский и российский ученый, психиатр, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор Анатолий Болеславович Смулевич. Блистательный ученый, тонкий клиницист, новатор, охваченный жадной к исследованиям — он до последнего дня был погружен в работу над делом своей жизни. Жизнь и работа Анатолия Болеславовича стали примером преданности своему делу, научной строгости и гуманизма.

Анатолий Болеславович родился 15 апреля 1931 года в Москве в семье врачей. Его отец был специалистом в области социальной гигиены и демографии, а мать — психиатром.

Окончив Московскую медицинскую академию им. И.М. Сеченова (ныне — Первый Московский государственный медицинский университет, «Сеченовский университет»), он начал свою карьеру в Московской областной психиатрической больнице № 2 им. В.И. Яковенко, в 1957 году стал сотрудником руководимой академиком А.В. Снежневским кафедры психиатрии Центрального института усовершенствования врачей (ЦОЛИУВ, в настоящее время — РМАНПО), в 1958 году поступил в аспирантуру. Темой его кандидатской диссертации стала проблема нервно-психических осложнений, возникающих при лечении новыми для того времени препаратами — нейролептиками. Докторская диссертация А.Б. Смулевича «Паранойяльная форма шизофрении и проблемы паранойи» защищена в 1968 году. На её основе в 1972 году им была выпущена монография «Проблемы паранойи (паранойяльные состояния при эндогенных и органических заболеваниях)».

В 1961 году Анатолий Болеславович связал свою судьбу с Научным центром психического здоровья (Институт психиатрии АМН СССР), где до осени 2024 г. возглавлял созданный им отдел пограничной

психической патологии и психосоматических расстройств. В 1999 году он возглавил курс психоневрологии ФППО при кафедре неврологии ММА имени И.М. Сеченова, получивший с 2000 года статус самостоятельной кафедры психиатрии и психосоматики, которую он возглавлял все эти годы.

А.Б. Смулевич был членом Президиума Российского общества психиатров, Фармакологического комитета РФ, а также членом Нью-Йоркской академии наук. В 1997 году А.Б. Смулевича избрали членом-корреспондентом, а в 2000 году — действительным членом РАМН (ныне РАН). В 2001 году ему было присвоено звание Заслуженного деятеля науки РФ, а в 2022 году он стал Лауреатом Премии Правительства РФ. Среди его наград: Орден Почета (2006), Грамота Президента РФ (2012), Орден Дружбы (2017) и др.

А.Б. Смулевич — автор 17 монографий и около 450 научных публикаций, многие из которых определили развитие психиатрии в России и за её пределами. Его работы по диагностике паранойяльной шизофрении, депрессий, тревожных расстройств до сих пор служат фундаментом для врачей и исследователей. А.Б. Смулевич занимался решением ряда дискуссионных проблем современной клинической психиатрии — ипохондрии, астении, тревожных, аффективных, личностных, психосоматических расстройств. В этих работах им представлен анализ широко распространённых и диагностически сложных форм психической патологии, анализируются вопросы психопатологической квалификации, дифференциальной диагностики, обобщаются стратегии психофармакотерапевтического лечения и реабилитации. А.Б. Смулевичу принадлежит немало работ на тему вялотекущей (малопрогрессирующей) шизофрении (монографии «Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния», 1987).

Под руководством Анатолия Болеславовича подготовлены 65 кандидатов и 16 докторов медицинских наук, выросло и сформировалось не одно поколение его учеников (Э.Б. Дубницкая, С.В. Иванов, Е.В. Коллюцкая, Б.А. Волель, В.Э. Медведев, Д.В. Романов, М.А. Самушья, А.Н. Львов, Ф.Ю. Копылов, Д.Э. Выборных, В.И. Фролова, А.В. Андриященко, Т.А. Зеленкова-Захарчук, М.Ю. Дробижев, И.Ю. Дороженок), которые продолжают работать как в ведущих научных и образовательных центрах страны (НЦПЗ, 1 МГМУ им. И.М. Сеченова, РУДН имени Патриса Лумумбы, ЦГМА), так и в практических областях медицины, но каждый из них несет в себе чувство сопричастности к школе А.Б. Смулевича.

Анатолий Болеславович Смулевич навсегда останется в памяти коллег, учеников и всех, кто имел честь с ним работать. Его наследие в психиатрии и медицине будет жить, а результаты его труда продолжат помогать врачам и пациентам.

Редакция журнала «Современная терапия в психиатрии и неврологии» выражает искренние соболезнования его родным, близким, коллегам и ученикам!

XIII Всероссийский ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией «БЕЛЫЕ ПЯТНА ПСИХИАТРИИ» (17–18 октября 2025 г.)

17–18 октября 2025 г. приглашаем Вас принять участие в XIII Всероссийском ежегодном психиатрическом Форуме с научно-практической конференцией «БЕЛЫЕ ПЯТНА ПСИХИАТРИИ»

Посещение: свободное

17 октября 2025. Дистантно. Регистрация и трансляция

18 октября 2025. Очно (Москва) — Предварительная Регистрация и трансляция.

Аккредитация. Программа конференции подается на аккредитацию в Координационный совет НМО при МЗ РФ

Тезисы конференции будут опубликованы в Сборнике материалов. Публикация тезисов **бесплатная**.

Требования к тезисам: шрифт Times New Roman, 12 шр., интервал полуторный, объем — до 3600 знаков с пробелами и заголовком. Заглавие, авторы (пример: Петров П.П.), учреждения и город (страна), где выполнена работа, указываются на русском и английском языках. Тезисы должны содержать выделенные разделы: актуальность, цель, материалы и методы, результаты, заключение / выводы, а также указание в какой раздел сборника направляются.

Разделы тезисов: “Организация психиатрической помощи”, “Психиатрия”, “Наркология”, “Психотерапия”, “Психосоматика”, “Клиническая психология”, “Лечение психических расстройств”.

Прием тезисов: до 20 сентября (включительно) 2025 г. по e-mail: kafedra.psychiatry.rudn@mail.ru и melkorcord@mail.ru

Статьи для журнала “Современная терапия в психиатрии и неврологии”

Приглашаем Вас опубликовать Ваши клинические наблюдения, научные обзоры и результаты клинических исследований в журнале “Современная терапия в психиатрии и неврологии”.

На адрес kafedra.psychiatry.rudn@mail.ru направляются оригинал статьи (на русском языке) в программе Word, а также следующие компоненты статьи на русском и английском языках: название статьи, краткая аннотация, ключевые слова, сведения об авторе (авторах).

Краткая аннотация статьи (на русском и английском языках) объёмом 4–8 строк, раскрывающая поставленную задачу, основные результаты и выводы.

Ключевые слова (на русском и английском языках) приводятся в количестве от 3 до 5.

Иллюстрации — в формате файла TIF и JPEG 300 dpi (для цветных иллюстраций) и 600 dpi (для черно-белых).

Таблицы должны быть набраны в текстовом редакторе. Не допускается вставка таблиц в виде рисунков!

Публикуемые сведения об авторах (на русском и английском языках) представляются на каждого соавтора научной статьи: фамилия, имя, отчество; учёная степень, учёное звание, место работы, должность, место учебы (аспирант, соискатель, докторант), e-mail, контактный телефон, ORCID (при наличии). Обязательно указание автора для переписки и его контакты (e-mail).

Список литературы оформляется согласно ГОСТ Р 7.0.5–2008.

В тексте ссылки нумеруются в квадратных скобках.

Ждем Вас, ваши тезисы и статьи!!!

Вы можете подписаться на канал кафедры в Telegram.

С уважением,
Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии
ФНМО Медицинского института РУДН
<http://esystem.rudn.ru/faculty/mi/departments/kafedra-psihiatrii-psihoterapii-i-psihosomaticheskoi-patolog-5d63c93d7514a>
Telegram <https://t.me/kafedrapsychiatryRUDN>
kafedra.psychiatry.rudn@gmail.com

НЕЙРОВОСПАЛЕНИЕ ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ СРАЗУ НА НЕСКОЛЬКО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ЗВЕНЬЕВ ДЕПРЕССИИ: ДИСБАЛАНС СЕРТОНИНА И НАРУШЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ДОФАМИНА И ГЛУТАМАТА¹⁻³

ХРОНИЧЕСКИЙ
СТРЕСС

Активация
микроглии



Повышение уровня
провоспалительных цитокинов



IL-1 β IL-2
IL-6 IL-18
TNF- α INF- γ

Нарушение метаболизма
дофамина и глутамата



Триптофан



Дисбаланс уровня
серотонина

ДЕПРЕССИЯ

СНИЖЕНИЕ
НАСТРОЕНИЯ + АНГЕДОНИЯ

ФЕВАРИН® — ОРИГИНАЛЬНЫЙ АНТИДЕПРЕССАНТ С ВЫРАЖЕННЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ, СПОСОБСТВУЮЩИЙ УСТРАНЕНИЮ ЧЕТЫРЕХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕПРЕССИИ:^{4-10,12}



Улучшение
настроения^{4,10}

СЕРТОНИН



Восстановление
когнитивных
функций^{6,7}



НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТЬ

МЕЛАТОНИН



Нормализация
архитектуры
сна⁵



Уменьшение
выраженности
ангедонии⁸⁻⁹

ДОФАМИН И ГЛУТАМАТ

ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТА ФЕВАРИН® (ОРИГИНАЛЬНЫЙ ФЛУВОКСАМИН) НАБЛЮДАЕТСЯ БОЛЕЕ БЫСТРОЕ НАСТУПЛЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА И МЕНЬШАЯ ЧАСТОТА НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПО СРАВНЕНИЮ С ВОСПРОИЗВЕДЁННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ^{*11}

АЛГОРИТМ СТАРТА, ЗАМЕНЫ
И ЗАВЕРШЕНИЯ ТЕРАПИИ
АНТИДЕПРЕССАНТАМИ



ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ
ИНФОРМАЦИЕЙ ПО
ПРЕПАРАТУ ФЕВАРИН®



IL – интерлейкин; TNF – фактор некроза опухоли; INF – интерферон. * По мнению врачей, принявших участие в онлайн-опросе в рамках исследования ATRIUM (Мосолов С.Н., Аведисова А.С., 2025). 1. Kopschina Feltes P, Doorduyn J, Klein HC, et al. Anti-inflammatory treatment for major depressive disorder: implications for patients with an elevated immune profile and non-responders to standard antidepressant therapy. J Psychopharmacol. 2017;31(9):1149–1165. 2. Bekhbat M, Treadway MT, Felger JC. Inflammation as a Pathophysiological Pathway to Anhedonia: Mechanisms and Therapeutic Implications. Curr Top Behav Neurosci. 2022;58:397–419. doi:10.1007/7854_2021_294. 3. Haroon E, Miller A. H. Inflammation Effects on Brain Glutamate in Depression: Mechanistic Considerations and Treatment Implications // Curr. Top. Behav. Neurosci. 2017. Vol. 31. P. 173–198. 4. Винникова М. А., Северцев В. В., Комаров С. Д., Вдовин А. С. Флувоксамин в терапии депрессивных расстройств при алкогольной зависимости: результаты рандомизированного открытого сравнительного исследования. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2021;121(12):57–62. 5. Hao et al. The Effect Of Fluvoxamine On Sleep Architecture of Depressed Patients With Insomnia: An 8-Week, Open-Label, Baseline-Controlled Study. Nature and Science of Sleep 2019;11 291–300. 6. Nishimura T, Ishima T, Iyo M, Hashimoto K. Potentiation of Nerve Growth Factor-Induced Neurite Outgrowth by Fluvoxamine: Role of Sigma-1 Receptors, IP3 Receptors and Cellular Signaling Pathways. PLoS ONE. 2008; 3(7): e2558. Published online 2008 July. 7. Bobrov A, Krasnoslobodtseva L, Mutnykh E. Effects of Fluvoxamine on Cognitive Function in Outpatients with Depression in Remission: Results of an Open-Label Pilot Study. J Psychiatry. 2017; 20(5). doi:10.4172/2378-5756.1000417. 8. Li X, Yan D, Liao M, et al. Effect of fluvoxamine on plasma interleukin-6 in patients with major depressive disorder: a prospective follow-up study. Front Psychiatry. 2023;14:1163754. Published 2023 May 25. doi:10.3389/fpsy.2023.1163754. 9. Hasebe S, Ago Y, Watabe Y, et al. Anti-anhedonic effect of selective serotonin reuptake inhibitors with affinity for sigma-1 receptors in picrotoxin-treated mice. Br J Pharmacol. 2017;174(4):314–327. 10. Общая характеристика лекарственного препарата Феварин®, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг, 100 мг, номер РУ ЛП-№(008757)-(РГ-РУ). 11. Мосолов С. Н., Аведисова А. С. Диагностика и лечение депрессивных расстройств в клинической практике психиатров и неврологов (результаты опроса врачей), 2025 (in press). 12. Jawza F. Alsabhan and Tahani K. Alshammari. Perspective Chapter: New Use of the SSRI Fluvoxamine in the Treatment of COVID-19 Symptoms Published: 04 July 2022 DOI: 10.5772/intechopen.105023.