

Современная терапия в психиатрии и неврологии

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

- ▶ Эндогенные депрессивно-бредовые состояния после перенесенной коронавирусной инфекции
- ▶ К вопросу о психологических последствиях пандемии COVID-19
- ▶ COVID «дальнобойщики» — кто они?
- ▶ А. Грин. Крысолов. Комментарий практикующего психиатра

<http://logospress.ru>

№ 1–2/2022

Цикл научно-практических
онлайн-конференций
в 2022 году

НЕВРОЛОГИЯ ЗА 15 МИНУТ

- 8 сентября 2022 г. (Екатеринбург)
- 10 ноября 2022 г. (Санкт-Петербург)
- 13 октября 2022 г. (Новосибирск)
- 15 декабря 2022 г. (Москва)

Ключевые темы проекта

- Экстрапирамидные нарушения
- Когнитивные нарушения
- Вестибулярные нарушения
- Головокружение и нарушения равновесия
- Болевые синдромы
- Цереброваскулярные заболевания
- Аутоиммунные заболевания
- Принципы фармакотерапии в неврологии
- Клинические шкалы в неврологии
- Принципы формулирования диагноза в неврологии
- Неотложные состояния в неврологии
- Вегетативная невропатия
- Болезнь Паркинсона
- Нарушения памяти

География проведенных мероприятий



О проекте

Онлайн-конференция предназначена для неврологов, терапевтов, психиатров, реабилитологов, оториноларингологов, организаторов здравоохранения.

Цель проекта

Повышение профессиональных знаний медицинских специалистов Российской Федерации в области неврологии.

Ключевые задачи проекта

Информирование профильных специалистов о новых достижениях в области неврологии, формирование пула экспертов в данной области в регионах, формирование единого информационного пространства среди специалистов Российской Федерации для улучшения диагностики и лечения неврологических заболеваний.

Ведущий эксперт – Левин Олег Семенович

Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, руководитель Центра экстрапирамидных заболеваний, член Европейской академии неврологии.

**ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПРО МЕРОПРИЯТИЯ
РАЗМЕЩЕНА НА САЙТЕ MEDTOUCH.ORG**

Контакты оргкомитета

По всем вопросам Вы можете
обращаться к Ольге Казанцевой
o.kazanceva@mbkgroup.org
+7 (965) 300-84-01

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Левин О.С.,

д.м.н., профессор, зав. кафедрой неврологии РМАНПО

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Председатель – **Ушаков Ю.В.**, д.м.н.**Баранов П.А.** – к.м.н., доцент, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «НЦПЗ», Москва**Боголепова А.Н.** – д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики РГМУ, Москва**Головина А.Г.** – д.м.н., Научный центр психического здоровья РАМН, Москва**Иллариошкин С.Н.** – д.м.н., профессор, зам. директора Научного центра неврологии РАМН по научной работе, Москва**Камчатнов П.Р.** – д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики РГМУ, Москва**Кравченко Н.Е.** – к.м.н., Научный центр психического здоровья РАМН, Москва**Олейчик И.В.** – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ «НЦПЗ», Москва**Петрова Н.Н.** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского университета, Санкт-Петербург**Положий Б.С.** – д.м.н., профессор, руководитель отдела экологических и социальных проблем психического здоровья ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва**Ретюнский К.Ю.** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии Уральской государственной медицинской академии, Екатеринбург**Шмилович А.А.** – д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва**Яхин К.К.** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии с курсом неврологии Казанского государственного медицинского университета, главный психиатр МЗ РТ, Казань

журнал

**«Современная терапия
в психиатрии и неврологии»**

№ 1–2, 2022

Свидетельство о регистрации СМИ:

ПИ № ФС77-50476

ISSN 2304-9707

Редакция журнала

Директор издательства **Гейне М.В.**Руководитель проекта **Шугурова И.М.**, к.б.н.Руководитель отдела маркетинга **Лебедева Е.В.**Выпускающий редактор **Шугурова И.М.**

Издательство «Логос Пресс»

Адрес: 127018, Москва, ул. 2-я Ямская, д. 2

e-mail: info@logospress.ru

http://logospress.ru

Тел.: +7/495/220-48-16, +7/495/689-85-16

Тираж: 20 000 экз.

ПСИХИАТРИЯ

COVID «дальнобойщики» — кто они?4
*Н.Н. Петрова*Клинико-психопатологические особенности
эндогенных депрессивно-бредовых состояний,
развившихся в различные сроки
после перенесенной коронавирусной инфекции.....9
*И.В. Олейчик, П.А. Баранов, С.В. Сизов,
А.С. Морева, С.З. Хоанг*Непсихотические психические расстройства
у подростков, ассоциированные с пандемией
COVID-19 как социально-стрессовым
фактором.....14
А.Г. Головина

ПСИХОТЕРАПИЯ

К вопросу о психологических последствиях
пандемии COVID-19: обзор.....19
Н.Д. Семенова

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Концепция переходного когнитивного синдрома
в структуре когнитивных нарушений
у пожилых лиц: подходы к диагностике
и лечению.....25
О.С. Левин, А.Ш. Чимагомедова

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ

А. Грин. Крысолов.
Попытка патографического анализа текста.....34
Н.Е. Кравченко

Covid «дальнобойщики» — кто они?

Н.Н. Петрова,

д-р мед. наук, профессор (petrova_nn@mail.ru).

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»,

кафедра психиатрии и наркологии

(юридический адрес: 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9).

Появление и глобальное распространение новой коронавирусной инфекции COVID-19 наложило значительное бремя на психическое здоровье общества во всем мире. Обзор литературы посвящен вопросам психических расстройств, ассоциированных с COVID-19, в том числе, на отдаленных этапах после острой коронавирусной инфекции. Раскрывается понятие «длинного ковида», постковидного синдрома, дается характеристика клинической картины, описываются предполагаемые механизмы и факторы риска.

Ключевые слова: COVID-19, длинный ковид, постковидный синдром, психические расстройства.

Covid “truckers” — who are they?

N.N. Petrova,

Dr. Sci. (Med.), professor (petrova_nn@mail.ru).

St. Petersburg State University, department of psychiatry and narcology

(juridical address: 199034, Saint Petersburg, Universitetskaya nab., 7–9)

The emergence and global spread of the new coronavirus infection COVID-19 has imposed a significant burden on public mental health worldwide. A review of the literature focuses on COVID-19-associated psychiatric disorders, including the distant stages after acute coronavirus infection. The concept of “long covid”, postcovid syndrome is disclosed, the clinical picture is characterized, the putative mechanisms and risk factors are described.

Keywords: COVID-19, long covid, postcovid syndrome, psychiatric disorders.

С момента своего появления в Ухане (Китай) COVID-19 распространился и оказал глубокое влияние на жизнь и здоровье людей по всему миру. По состоянию на 4 июля 2021 г. в мире зарегистрировано более 183 млн подтвержденных случаев заболевания и 3,97 млн смертей от коронавирусной инфекции. Пандемия COVID-19 и связанные с ней карантинные меры привели к серьёзным последствиям для психического здоровья населения [1]. По сравнению с другими острыми респираторными инфекциями вирус SARS-CoV-2 обладает явно большей нейротропной активностью и значительно чаще вызывает поражение центральной нервной системы (ЦНС). С коронавирусной инфекцией ассоциированы такие психические расстройства, как тревожно-фобические расстройства, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), депрессия, инсомния, обсессивно-компульсивные симптомы, впервые возникшие психозы (шизофрения, острый транзиторный психоз) [2–6]. Если для острого периода заболевания особое прогностическое значение имеет делирий [7], то в период реконвалесценции после COVID-19 высока распространённость тревожных и депрессивных

расстройств [8]. Примерно у 20 % людей после пребывания в отделениях интенсивной терапии развивается ПТСР [9]. Всё больше данных свидетельствует о том, что SARS-CoV-2 может вызывать психоз в постковидный период у людей без отягощённой психическими расстройствами наследственности и с разной степенью тяжести перенесённой коронавирусной инфекции.

Недавнее крупное исследование, проведенное на более чем 236 тысячах пациентов, выявило, что спустя 6 месяцев у 12,84 % переболевших COVID-19 впервые был поставлен психиатрический или неврологический диагноз [10]. Частота установления первичного психиатрического диагноза в период от 2 недель до 3 месяцев после выздоровления составила 5,8 %, а появление любых психопатологических симптомов после COVID-19 встречалось примерно в 2 раза чаще по сравнению с гриппом или другими острыми респираторными инфекциями. Тревожные (4,7 %) и аффективные (2 %) расстройства встречались наиболее часто, у 1,9 % обследованных наблюдались нарушения сна, и в 1,6 % случаев у пациентов в возрасте старше 65 лет была диагностирована деменция. Иными словами, по сравнению с

другими острыми респираторными инфекциями вирус SARS-CoV-2 обладает явно большей нейротропной активностью и значительно чаще вызывает поражение ЦНС [11]. Спустя месяц с момента выписки из стационара у 56 % реконвалесцентов выявляются психические расстройства, в том числе депрессия (31 %), тревога (42 %), ПТСР (28 %), бессонница (40 %) [12].

По данным китайских коллег, несмотря на то, что большое число госпитализированных пациентов с COVID-19 выздоравливают и соответствуют клиническим критериям выписки, проблемы с психическим здоровьем выступают у них как основные последствия COVID-19. Так, у 615 выживших (14,2 % от общего числа пациентов, включенных в исследование) наблюдалась клиническая депрессия (не менее 5 баллов PHQ-9) и у 528 (12,2 %) — клинически выраженная тревога (не менее 5 баллов GAD-7) [13].

Группа ученых из США и Мексики провела мета-анализ 15 исследований из разных стран, включавших 440 800 пациентов в возрасте от 17 до 87 лет. Установлено, что не менее 80 % пациентов не чувствуют себя полностью выздоровевшими, а у некоторых симптомы коронавирусной инфекции не только сохраняются, но и усиливаются спустя месяцы после COVID-19. Авторы выделили 55 симптомов, с которыми миллионы людей борются длительное время после заболевания, среди которых наиболее часто встречаются: сильная утомляемость (58 %), хронические головные боли (44 %), нарушения концентрации внимания и проблемы с памятью (25 %), а также потливость, подавленность, тревожность и различные навязчивости [14].

Таким образом, ряд стойких симптомов может сохраняться в течение длительного времени после острой инфекции SARS-CoV-2, и это состояние называют «длинным ковидом» (Long COVID-19). Постковидный синдром наблюдается у 10–30 % (или даже более) пациентов, выживших после COVID-19 [15]. Исследования показали, что «длинный ковид» может затрагивать все варианты заболевания: от очень легкой, острой формы до самых тяжелых форм. Как и острый COVID-19, «длинный ковид» может поражать множество органов и влиять на многие системы, включая, в том числе, дыхательную, сердечно-сосудистую, неврологическую, желудочно-кишечную и опорно-двигательную системы. Симптомы «длинного ковида» включают усталость, одышку, сердечные аномалии, когнитивные нарушения, нарушения сна, симптомы ПТСР, мышечные боли, проблемы с концентрацией внимания и головную боль [16].

Наиболее распространенными постковидными симптомами являются усталость, кашель, одышка,

боли в груди, сдавленность в груди, боль в суставах, боль в мышцах, потеря вкуса или обоняния, выпадение волос, трудности со сном, тревога и депрессия. Несколько реже встречаются кожная сыпь, снижение аппетита, потливость, неспособность сконцентрироваться и провалы в памяти. В дополнение к этим симптомам некоторые пациенты испытывали нарушения функций легких, сердца, почек и нервной системы [17].

Психиатрическая заболеваемость отчетливо возрастает в течение 6 месяцев после заражения коронавирусной инфекцией, причём риск развития психических расстройств существует у пациентов как с тяжелой, так и с легкой формой COVID-19. Спустя 6 месяцев у 12,84 % от 236 тысяч пациентов, переболевших COVID-19, впервые был поставлен психиатрический или неврологический диагноз [18]. Частота первичного психиатрического диагноза в период от 2 недель до 3 месяцев после COVID-19 составила 5,8 %, а возникновение психопатологических симптомов встречалось в 2 раза чаще по сравнению с гриппом или другими острыми респираторными инфекциями. Тревожные (4,7 %) и аффективные (2 %) расстройства встречались наиболее часто, у 1,9 % пациентов наблюдались нарушения сна, и в 1,6 % случаев у пациентов в возрасте старше 65 лет была диагностирована деменция [19].

Когнитивные нарушения, ассоциированные с COVID-19 и встречающиеся в 20,2 % случаев, привлекают большое внимание исследователей [20]. Когнитивные нарушения включают снижение продуктивности и скорости реакции, нарушение внимания (неспособность к концентрации и длительному удержанию внимания), нарушения различных аспектов памяти (кратковременной, рабочей) исполнительской функции (планирование, целеполагание, решение задач), абстрактного мышления [21]. В структуре когнитивных нарушений значительный удельный вес имеют нарушения памяти — 34,1 % [22].

Через несколько дней после выписки из отделения реанимации значимые когнитивные нарушения по шкале MoCA (Montreal Cognitive Assessment) были выявлены у 38 % пациентов, нарушения лобных функций по FAB (Frontal Assessment Battery) — у 61,5 % пациентов [23].

Отмечено, что 18 % перенесших COVID-19, имеют новые или усилившиеся проблемы с памятью и 16 % — новые или усилившиеся проблемы с концентрацией внимания [24].

В Великобритании 84 000 выздоровевших пациентов прошли серию онлайн-тестов для оценки когнитивного функционирования. Полученные результаты были сопоставлены с данными популяционного исследования интеллектуальных

характеристик — проекта Great British Intelligence Test. Обнаружено, что у выздоровевших пациентов интеллект «постарел» в среднем на 10 лет, причем больше всего инфекция повлияла на понимание текста и смысла слов (гнозис) [25].

Онлайн-опрос в США на примере 1500 человек, переболевших COVID-19, выявил более 50 % когнитивных нарушений, особенно долго сохранялись трудности концентрации внимания [26].

Систематический анализ исследований, посвященных изучению различных психических нарушений, в рамках постковидного синдрома продолжительностью от 2 недель до 10 месяцев, т. е. в соответствии с определениями МКБ-10 и NICE в течение всего постковидного периода (более 4 недель от начала заболевания при условии отрицательного теста ПЦР — полимеразной цепной реакции), установил такие характеристики нового клинического феномена — длительно текущего мультисистемного постковидного синдрома, как особый астеноневротический симптомокомплекс с выраженной астенией и когнитивной дисфункцией (нарушения памяти, внимания, исполнительских функций), к которому нередко присоединяются затяжная тревожно-депрессивная симптоматика и ПТСР. Этот психопатологический симптомокомплекс встречается в 2 раза чаще, чем при других острых респираторных вирусных инфекциях, и выявляется почти у трети всех заболевших и у двух третей пациентов с тяжелым течением коронавирусной инфекции и госпитализацией [27].

SARS-CoV-2 является системным заболеванием, поэтому патогенез развития психопатологической симптоматики, скорее всего, носит мультифакторный характер и может быть связан с несколькими механизмами. Вирус может проникать в ЦНС через функциональный рецептор второго типа ангиотензин превращающего фермента. Помимо гематогенного пути вирус может, по-видимому, также проникать в ЦНС через обонятельные нейроны и решетчатую костную пластинку. Постковидный синдром следует рассматривать как осложнение COVID-19, связанное как с непосредственным вирусным поражением ЦНС, так и с системными нарушениями (прежде всего, сердечно-сосудистыми и дыхательными), а также со стрессовыми факторами. Полагают, что сочетание системного воспаления, нейротропности вируса и стрессорных факторов способствует или даже индуцирует развитие психического заболевания [28].

Было обследовано 4681 пациент, 2915 из которых (62,3 %) сообщили о симптомах «длинного ковида»: усталость, непереносимость физических

нагрузок, непереносимость ходьбы, мышечные боли и одышка. Женщины чаще сталкивались с длительным синдромом COVID, чем мужчины. Наличие респираторных проблем в начале заболевания также коррелировало с длительным синдромом COVID. Более короткая продолжительность пребывания в больнице была обратно связана с длительным синдромом COVID ($p = 0,0001$ во всех случаях) [29].

Высказано мнение, что длительные физические симптомы после коронавирусной инфекции могут быть опосредованы психическими нарушениями. На примере 84 пациентов, в том числе 23 женщины, возраст 60 лет, интерквартильный размах: 50,5–67,5 лет, не обнаружили значимой взаимосвязи между тревогой и наличием жалоб на усталость, одышку или боль на протяжении 1 месяца при прогнозировании сохранения этих симптомов в течение 3 месяцев. В отличие от этого, депрессия была значительно взаимосвязана с наличием боли на протяжении 1 месяца при прогнозировании сохранения этих симптомов в течение 3 месяцев, с аналогичной тенденцией для одышки. Таким образом, именно постковидная депрессия может быть связана с повышенным риском возникновения некоторых постоянных постковидных физических симптомов, включая боль и одышку [30].

Частота и неоднородность персистирующих последствий SARS-CoV-2 создают трудности в оказании медицинской помощи пациентам. Всестороннее понимание клинических проявлений постковида может улучшить и облегчить ведение пациентов и направление их к специалистам. Анализ «длинного ковида» затруднен из-за разнородных методов исследования и отсутствия стандарта для обозначения многочисленных фенотипических проявлений (применяются различные термины для описания одного и того же симптома или состояния). Еще одной проблемой при описании «длинного ковида» является тот факт, что симптомы, о которых сообщают пациенты, часто не учитываются при клиническом обследовании или в опросах. Чтобы охарактеризовать «длинный ковид» и выделить его подтипы для принятия решений по оказанию помощи, необходимо использовать общую терминологию [31].

Хотя COVID-19 убил миллионы людей по всему миру, его долгосрочное воздействие на здоровье и благополучие населения только сейчас становится очевидным. Наблюдается широкий спектр симптомов, серьезные последствия для систем органов, такие как легочный фиброз, миокардит, впервые возникший диабет, инсульт и другие цереброваскулярные нарушения. Пациенты испытывают постоянную боль, усталость и когни-

тивную дисфункцию. Для оказания помощи этим пациентам необходим интегративный подход, сочетающий традиционное медицинское лечение, нефармакологические методы, изменение поведения и образа жизни. Такой подход хорошо зарекомендовал себя при хронических заболеваниях, таких как фибромиалгия, синдром хронической усталости [32]. Постковидный синдром требует комплексного плана реабилитации с участием многопрофильной команды [33].

Таким образом, «длинный ковид» является многофакторным, полиморфным, частым и нарушающим функционирование состоянием, имеет значимые ассоциации с полом (женским), респираторными симптомами в начале заболевания.

Необходима разработка единой стратегии в области общественного здравоохранения, направленной на борьбу с неблагоприятными долгосрочными эффектами пандемии [34].

Литература

1. Yahya A.S., Khawaja S., Chukwuma J. The Impact of COVID-19 in Psychiatry. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2020 Apr 16;22(2):20102627. doi: 10.4088/PCC.20102627. PMID: 32302070.
2. Galletly C. Psychiatry in the COVID-19 era. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* 2020; 54(5):447–448. DOI: 10.1177/0004867420920359.
3. Chacko M., Job A., Caston F. et al. COVID-19-induced psychosis and suicidal behavior: Case report. *SN Comprehensive Clinical Medicine.* 2020; 2:2391–2395.
4. Varatharaj A., Thomas N., Ellul M.A. et al. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: A UK-wide surveillance study. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(10): 875–882. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30287-X.
5. Rogers J.P., Chesney E., Oliver D. et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry.* 2020; 7(7):611–627. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0.
6. Jagadheesan K., Danivas V., Itrat Q. et al. A 6-month study on the pattern of emergency department presentations for schizophrenia and other psychotic disorders during COVID-19 lockdown. *Psychiatry Research.* 2021; 303:114081. DOI: 10.1016/j.psych.res.2021.114081.
7. Петрова Н.Н., Пашковский В.Э., Сивашова М.С. и др. Влияние психических расстройств на исход COVID-19. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2021; 13(5):40–47. DOI: 10.14412/2074-2711-2021-5-40-47.
8. Mazza M.G., De Lorenzo R., Conte C. et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav. Immun.* 2020; 89:594–600. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.07.037.
9. Greenberg N., Rafferty L. Post-traumatic stress disorder in the aftermath of COVID-19 pandemic. *World Psychiatry.* 2021;20(1):53–54. DOI:10.1002/wps.20838
10. Taquet M., Geddes J.R., Husain M. et al. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry.* 2021;8: 416–27. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00084-5
11. Baig A.M., Khaleeq A., Ali U., Syeda H. Evidence of the COVID-19 virus targeting the CNS: tissue distribution, host-virus interaction, and proposed neurotropic mechanism. *ACS Chemical Neuroscience.* 2020; 11 (7):995–998. DOI: 10.1021/acscchemneuro.0c00122
12. Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I, Melloni EMT, Furlan R, Ciceri F, Rovere-Querini P; COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study group, Benedetti F. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun.* 2020 Oct;89:594–600. doi: 10.1016/j.bbi.2020.07.037. Epub 2020 Jul 30. PMID: 32738287; PMCID: PMC7390748.
13. Mei Q, Wang F, Bryant A, Wei L, Yuan X, Li J. Mental health problems among COVID-19 survivors in Wuhan, China. *World Psychiatry.* 2021; 20(1):139–140. doi: 10.1002/wps.20829
14. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, et al. More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2021; 11: 16144 <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95565-8>
15. Yong SJ, Liu S. Proposed subtypes of post COVID-19 syndrome (or long-COVID) and their respective potential therapies. *Rev Med Virol.* 2021;e2315. <https://doi.org/10.1002/rmv.2315>
16. Crook H, Raza S, Nowell J, Young M, Edison P. Long covid-mechanisms, risk factors, and management. *BMJ.* 2021 Jul 26;374:n1648. doi: 10.1136/bmj.n1648. Erratum in: *BMJ.* 2021 Aug 3;374:n1944. PMID: 34312178.

17. Wu L, Wu Y, Xiong H, Mei B, You T. Persistence of Symptoms After Discharge of Patients Hospitalized Due to COVID-19. *Front Med (Lausanne)*. 2021 Nov 22;8:761314. doi: 10.3389/fmed.2021.761314. PMID: 34881263; PMCID: PMC8645792.
18. Taquet M., Geddes J.R., Husain M. et al. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236,379 survivors of COVID-19: A retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet Psychiatry*. 2021; 8(5):416–427. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00084-5
19. Baig A.M., Khaleeq A., Ali U., Syeda H. Evidence of the COVID-19 virus targeting the CNS: tissue distribution, host-virus interaction, and proposed neurotropic mechanism. *ACS Chemical Neuroscience*. 2020; 11 (7):995–998. DOI: 10.1021/acscemneuro.0c00122
20. Badenoch J., Rengasamy E.R., Watson C.J. et al. Persistent neuropsychiatric symptoms after COVID-19: a systematic review and meta-analysis. <https://doi.org/10.1101/2021.04.30.21256413>
21. Остроумова Т.М., Остроумова О.Д., Эбзеева Е.Ю., Араблинский Н.А. Астения и когнитивные нарушения на фоне перенесенного COVID-19. Возможности препарата Актовегин в их коррекции. *Клинический разбор в общей медицине*. 2021; 1:28–34. DOI: 10.47407/kr2021.2.1.00035
22. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2020. Published Online May 18, 2020
23. Beaud V., Crottaz-Herbette S., Dunet V. et al. Pattern of cognitive deficits in severe COVID-19. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2021;92(5):567–568. DOI: 10.1136/jnnp-2020-325173
24. Halpin S.J., McIvor C., Whyatt G., et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *J Med Virol*. 2021; 93:1013.
25. Hampshire A, Trender W, Chamberlain SR, et al. Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-19. *EClinicalMedicine*. 2021; 39. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101044>
26. Lambert N.J. & Survivor Corps. COVID-19 “Long Hauler” Symptoms Survey Report. — Indiana University School of Medicine; 2020. Available at: <https://dig.abclocal.go.com/wls/documents/2020/072720-wls-covid-symptom-study-doc.pdf> (accessed July 12, 2021).
27. Мосолов С.Н. Длительные психические нарушения после перенесенной острой коронавирусной инфекции SARSCoV-2. *Современная терапия психических расстройств*. 2021;3:2–23. DOI: 10.21265/PSYPH.2021.31.25.001
28. Ferrando S.J., Klepacz L., Lynch S. et al. COVID-19 psychosis: A potential new neuropsychiatric condition triggered by novel coronavirus infection and the inflammatory response? *Psychosomatics*. 2020;61(5):551–555. DOI: 10.1016/j.psym.2020.05.012.
29. Asadi-Pooya AA, Akbari A, Emami A et al. Risk Factors Associated with Long COVID Syndrome: A Retrospective Study. *Iran J Med Sci*. 2021;46(6):428-436. doi: 10.30476/ijms.2021.92080.2326
30. Bottemanne H, Gouraud C, Hulot JS et al. Do Anxiety and Depression Predict Persistent Physical Symptoms After a Severe COVID-19 Episode? A Prospective Study. *Front Psychiatry*. 2021 Nov 10;12:757685. doi: 10.3389/fpsyt.2021.757685. PMID: 34858230; PMCID: PMC8631493.
31. Deer RR, Rock MA, Vasilevsky N et al. Characterizing Long COVID: Deep Phenotype of a Complex Condition. *EBioMedicine*. 2021 Dec;74:103722. doi: 10.1016/j.ebiom.2021.103722. Epub 2021 Nov 25. PMID: 34839263; PMCID: PMC8613500.
32. Roth A, Chan PS, Jonas W. Addressing the Long COVID Crisis: Integrative Health and Long COVID. *Glob Adv Health Med*. 2021 Nov 16;10:21649561211056597. doi: 10.1177/21649561211056597. PMID: 34820152; PMCID: PMC8606968.
33. Verduzco-Gutierrez M, Estores IM, Graf MJP, Barshikar S, Cabrera JA, Chang LE, Eapen BC, Bell KR. Models of Care for Postacute COVID-19 Clinics: Experiences and a Practical Framework for Outpatient Psychiatry Settings. *Am J Phys Med Rehabil*. 2021 Dec 1;100(12):1133-1139. doi: 10.1097/PHM.0000000000001892. PMID: 34793373; PMCID: PMC8594397.
34. Ritchie K, Chan D. The emergence of cognitive COVID. *World Psychiatry*. 2021;20(1):52-53. DOI:10.1002/wps.20837

Клинико-психопатологические особенности эндогенных депрессивно-бредовых состояний, развившихся в различные сроки после перенесенной коронавирусной инфекции

И.В. Олейчик¹,

д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник,

П.А. Баранов¹,

канд. мед. наук, доцент, ведущий научный сотрудник,

С.В. Сизов¹,

старший научный сотрудник,

А.С. Морева¹,

младший научный сотрудник,

С.З. Хоанг¹,

младший научный сотрудник.

¹Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научный центр психического здоровья (115522, г. Москва, Каширское шоссе, д. 34).

Цель исследования: изучить клинико-психопатологические особенности эндогенных депрессивно-бредовых состояний, развившихся в различные сроки после перенесенной коронавирусной инфекции.

Материал и методы: проанализированы данные клинико-психопатологического исследования 40 пациенток в возрасте от 18 до 46 лет, с эндогенными депрессивно-бредовыми состояниями (F31.53-4; F21.3-4+ F31.53-4; F20.01-3). Пациентки были разделены на две равные группы по 20 человек: перенесшие коронавирусную инфекцию за 1–2 месяца до развития депрессивно-бредового состояния и перенесшие ее за 3–6 месяцев до начала подобного расстройства.

Результаты и обсуждение: были выявлены существенные различия в структуре аффективной и бредовой симптоматики у изученных групп больных. У пациенток первой клинической группы, перенесших коронавирусную инфекцию за 1–2 месяца до развития депрессивно-бредового состояния, отмечалось доминирование в структуре синдрома признаков негативной аффективности с преобладанием апато-адинамической симптоматики, редкость суицидальных тенденций, неразвернутый характер бредовых расстройств в виде преимущественно конгруэнтных аффекту форм. У пациенток второй клинической группы, перенесших коронавирусную инфекцию за 3–6 месяцев до развития депрессивно-бредового состояния отмечалось преобладание проявлений позитивной аффективности с доминированием тревоги и тоски, значительная выраженность суицидальных тенденций, а также развернутый характер бредовых расстройств с преобладанием неконгруэнтных аффекту форм.

Заключение: полученные результаты свидетельствуют о серьезном влиянии коронавирусной инфекции на клиническую картину депрессивно-бредовых состояний, что, по-видимому, особенно отчетливо проявляется в первые 1–2 месяца после перенесенного заболевания и выражается в преобладании проявлений из круга негативной аффективности и развитии на этом фоне неразвернутых, конгруэнтных аффекту, бредовых расстройств.

Ключевые слова: эндогенные депрессивно-бредовые состояния, коронавирусная инфекция, COVID-19, позитивная и негативная аффективность, конгруэнтный и неконгруэнтный аффекту бред.

Clinical and psychopathological features of endogenous depressive-delusional states developing in different time after covid-19 recovery

I.V. Oleychik¹,

Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Researcher,

P.A. Baranov¹,

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Leading researcher,

S.V. Sizo¹,

Senior researcher,

A.S. Moreva¹,

Junior researcher,

S.Z. Hoang¹,

Junior researcher.

¹Federal State Budgetary Scientific Institution Scientific Center for Mental Health (Kashirskoe shosse, 34, Moscow, 115522).

Objective: to study the clinical and psychopathological features of endogenous depressive-delusional states that developed at different times after a coronavirus infection.

Material and methods: the results of clinical/psychopathological examination of 40 patients, aged 18 to 46 years, with endogenous depressive-delusional states and with one of the following diagnosis: (F31.53-4; F21.3-4+ F31.53-4; F20.01-3). The patients were divided into two equal groups of 20 people: those who had a coronavirus infection 1–2 months before the development of a depressive-delusional state and those who had it 3–6 months before the onset of such a disorder.

Results: significant differences were found in the clinical structure of affective and delusional symptoms in the two groups of patients. In patients from the first clinical group who had a coronavirus infection 1–2 months before the development of a depressive-delusional state, there was found a prevalence in the structure of the syndrome of signs of negative affectivity with a predominance of apatho-dynamic symptoms, a rarity of suicidal tendencies, an unexpanded nature of delusional disorders with the mood congruence. Patients from the second clinical group who had a coronavirus infection 3–6 months before the development of a depressive-delusional state showed a prevalence of manifestations of positive affectivity with dominance of anxiety and melancholy, a significant severity of suicidal tendencies, with a predominance of the mood incongruent forms of delusional disorders, as well as an extended nature of this disorders.

Conclusion: the results obtained indicate a serious impact of coronavirus infection on the clinical picture of depressive-delusional states, which, apparently, is especially clearly shows in the first 1–2 months after the illness and is expressed in the predominance of manifestations from the circle of negative affectivity and development, on this background, non-deployed, congruent to affect, delusional disorders.

Keywords: endogenous depressive-delusional states, coronavirus infection, COVID-19, positive and negative affectivity, mood congruent and incongruent delusions.

Введение

По мере накопления клинических данных в отношении симптоматики и течения коронавирусной инфекции появляется большее количество информации о том, что новое инфекционное заболевание чаще, чем другие ОРВИ, нарушает функционирование центральной нервной системы (ЦНС). Имеются данные о том, что данные расстройства не заканчиваются с завершением острой симптоматики инфекционного заболевания и могут продолжаться в последующем, приобретая хроническое течение с неопределенным прогнозом. Симптомы поражения ЦНС, при этом, являются частью мультисистемного синдрома, который наиболее часто в последнее время квалифицируется как «постковидный синдром» (ПКС) (“post-COVID-19 syndrome”) [1–7]. Масштабное исследование, проведенное почти на 236 тысячах пациентов, выявило, что у 12,84 % переболевших COVID-19 спустя 6 месяцев впервые был установлен диагноз психического или неврологического расстройства [8]. В рамках психической патологии наиболее часто наблюдались тревожные (4,7 %) и аффективные (2 %) расстройства, у 1,9 % обследованных наблюдались нарушения сна, среди которых преобладали трудности засыпания [9, 10]. Более половины госпитализированных в связи с COVID-19 пациентов через 7 месяцев после выписки обнаруживали один или более из этих психопатологических симптомов [10]. Тревожные и депрессивные расстройства, нарушения сна чаще наблюдались у женщин при тяжелом течении инфекции и длительной госпитализации [10]. Высокий уровень тревоги и депрессии в рамках

ПКС повышал суицидальный риск [11]. Показано, что перенесенная коронавирусная инфекция приводила к росту выраженности мыслей о суициде в самых разных группах: у тех лиц, кто проходил лечение в клинике от депрессии, у тех, кто ранее обращался за психиатрической помощью, и у людей, никогда ранее не сталкивавшихся с психиатрическими проблемами [12]

Кроме того, следует отметить, что одними из наиболее частых жалоб пациентов, перенесших COVID-19, являлись быстрая истощаемость и утомляемость [13, 14], поэтому можно предположить, что астения является одним из ведущих симптомов ПКС, что совпадает с наблюдениями прошлых коронавирусных эпидемий, при которых нередко квалифицировался синдром хронической усталости (СХУ) [15]. Наиболее часто в рамках текущей пандемии описываются такие симптомы, как сильная усталость, не проходящая после длительного отдыха, головные боли, повышенная сонливость, мышечная слабость, снижение продуктивности деятельности, способности концентрироваться [16].

COVID-19 является системным заболеванием, и можно предположить, что патогенез развития неврологических и психических расстройств является мультифакторным и может быть ассоциирован с несколькими механизмами. Вирус может проникать в ЦНС через функциональный рецептор второго типа ангиотензин превращающего фермента, который широко экспрессируется в сосудистой стенке, глиальных клетках и нейронах, а также гематогенно, путем проникновения инфицированных клеток крови через гематоэнцефалический барьер [17, 18]. Кроме того, инвазия

в ЦНС может происходить через решетчатую костную пластинку и обонятельные нейроны [19]. Установлено, что выраженность неврологических и психических расстройств при коронавирусной инфекции коррелирует с силой иммунного ответа, определяемому по уровню С-реактивного белка и иммуно-воспалительному индексу (SII) [20]. Следует обратить внимание на то, что вирусные частицы не всегда обнаруживаются в нейронах зараженных вирусом областей мозга [21]. В связи с этим, можно полагать, что поражение мозга при коронавирусной инфекции может происходить не вследствие прямого проникновения вируса, а быть следствием «цитокинового шторма», при котором происходит выброс воспалительных цитокинов из инфицированных нейронов, и развивается острая неадаптивная воспалительная реакция (maladaptive inflammatory response) [22, 23].

Как показала клиническая практика, пациенты с психическими расстройствами, по ряду причин, являются наиболее уязвимой группой населения при заражении COVID-19 и имеют повышенный риск более тяжелого течения заболевания. Среди лиц, страдающих психическими заболеваниями, коронавирусная инфекция распространяется с большей скоростью, чем в здоровой популяции [24], что, в частности, можно объяснить тем фактом, что пациенты с психической патологией чаще страдают коморбидными соматическими заболеваниями, включая метаболический синдром, диабет, сердечно-сосудистую и легочную патологии [25, 26] и у них выше риск более тяжелого течения COVID-19 и, соответственно, развития осложнений [27]. Роль психических расстройств в патогенезе вирусных заболеваний в значительной мере недооценивается. Не исключено, что поражение ЦНС является важным патогенетическим звеном своеобразного порочного круга, замкнутым на состоянии иммуногенеза и тяжесть течения вирусной инфекции [28].

В доступной нам литературе мы не нашли работ, которые описывали бы патоморфоз депрессивных (и, в частности, депрессивно-бредовых состояний) у лиц, страдающих эндогенными психическими заболеваниями после перенесенной коронавирусной инфекции, что и обусловило проведение настоящего исследования.

Цель исследования: изучить клинико-психопатологические особенности эндогенных депрессивно-бредовых состояний, развившихся в различные сроки после перенесенной коронавирусной инфекции.

Материал исследования: обследовано 40 больных (все — женщины) с эндогенными депрессивно-бредовыми состояниями, развившимися после перенесенной коронавирусной инфекции.

Все больные проходили стационарное лечение в клиническом отделении отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ (руководитель отдела д-р мед. наук Бархатова А.Н.). Пациентки были разделены на две равные группы по 20 человек: перенесшие коронавирусную инфекцию за 1–2 месяца до развития депрессивно-бредового состояния и перенесшие ее за 3–6 месяцев до начала приступа / фазы. Исследование проводилось методом открытого наблюдения. Возраст больных к моменту исследования составил от 18 до 46 лет (средний возраст 28,65 лет). Средний балл PANSS у исследованных больных составил 86,9 баллов, средний балл HDRS-21 — 26,3 баллов.

Методы исследования: клинико-психопатологический и психометрический (PANSS, HDRS-21). Больные исследовались в момент поступления в клинику, до начала курса терапии. Помимо общего балла HDRS, определялись средние суммарные баллы отдельных пунктов шкалы Гамильтона, условно характеризующих тоскливые (пункты 1, 2, 3), апато-адинамические (пункты 7, 8, 13) и тревожные (пункты 9, 10, 11) проявления в структуре депрессивного состояния.

Критерии включения: соответствие клинической картины наблюдаемого расстройства диагностическим критериям депрессивно-бредового синдрома в рамках различных эндогенных психических заболеваний (F31.53-4; F21.3-4+ F31.53-4; F20.01-3); перенесенная коронавирусная инфекция в период от 1 до 6 месяцев до развития депрессивно-бредового состояния; информированное согласие пациента на участие в исследовании; адекватные методы контрацепции для женщин детородного возраста.

Критериями не включения являлись: сведения о злоупотреблении психоактивными веществами в течение 3 месяцев до момента включения в исследование; наличие признаков органического поражения ЦНС и текущих тяжелых соматических и неврологических заболеваний.

Результаты

Были выявлены существенные различия в структуре аффективной и бредовой симптоматики у изученных групп больных. У пациенток первой клинической группы (20 больных, перенесших коронавирусную инфекцию за 1–2 месяца до развития депрессивно-бредового состояния) отмечалось доминирование апато-адинамического аффекта, ангедонии (т.е. проявлений негативной аффективности), моторной и идеаторной заторможенности, когнитивных нарушений, а также

проявлений астении. Характерной была редкость суицидальных тенденций, отсутствие или слабая степень выраженности тоски и тревоги, суточных колебаний. В то же время, отчетливыми были нарушения ночного сна (трудности засыпания) при сонливости в дневное время, нередкими были проявления дисфории, угрюмо-раздражительного настроения с ворчливостью. Бредовые расстройства в данной группе отличались относительно неразвернутым характером, незначительной аффективной насыщенностью с преобладанием конгруэнтных аффекту форм (самообвинения, дисморфофобического, ипохондрического) у 70 % больных. Средний балл PANSS составил 83,3 балла; HDRS-21 — 24,1 балла (кластер тоски — 2,9 балла, кластер астении-апатии — 4,8 балла, кластер тревоги — 2,5 балла).

У пациенток второй клинической группы (20 больных, перенесших коронавирусную инфекцию за 3–6 месяцев до развития депрессивно-бредового состояния) отмечалось преобладание проявлений аффекта тревоги и тоски, нередко с витальным компонентом (т.е. позитивной аффективности), слабая выраженность идеомоторного торможения, наличие эпизодов двигательного беспокойства, вплоть до раптоидных, выраженность суицидальных тенденций. Имели место как правильные, так и инвертированные суточные колебания симптоматики, выраженные нарушения сна (прерывистость, сокращение длительности), непоследовательность и скачкообразность мышления. У части больных данной группы наблюдались пароксизмальноподобные состояния с невротической симптоматикой, близкие к приступам паники. Бредовые расстройства в данной группе отличались значительной выраженностью, аффективной насыщенностью, полиморфизмом. Преобладали неконгруэнтные аффекту формы (ревности, воздействия, инсценировки, преследования) (у 60 % больных). Средний балл PANSS составил 91,2 баллов; HDRS-21 — 25,2 баллов (кластер тоски — 4,8 балла, кластер апатии — 2,1 балла, кластер тревоги — 8,3 балла).

Заключение: полученные результаты свидетельствуют о серьезном влиянии коронавирусной инфекции на клиническую картину депрессивно-бредовых состояний, что, по-видимому, особенно отчетливо проявляется в первые 1–2 месяца после перенесенного заболевания и выражается в преобладании апатии, адинамии, астении, ангедонии, т.е. негативной аффективности и ограниченном развитии на этом фоне бредовых расстройств. Можно предположить, что все вышеизложенные особенности взаимосвязаны с сомато-неврологическими изменениями в организме больных в ранние сроки после перенесенной инфекции.

Напротив, депрессивно-бредовые состояния в отдаленный, после перенесенной инфекции, период протекают более «традиционно» с выраженностью позитивной аффективности, преобладанием тоски и тревоги, развернутым характером бредовых расстройств, что свидетельствует о снижении влияния соматического фактора в этот период. Для подтверждения высказанных выше положений требуется сравнение лабораторных (прежде всего, нейроиммунологических) показателей пациентов изученных групп, что может служить обоснованием дальнейших исследований в данном направлении.

Литература

1. Ellul M. A. et al. Neurological associations of COVID-19 //The Lancet Neurology. — 2020. Vol. 19 (9). — P. 767-783, doi: 10.1016/S1474-4422(20)30221-0
2. Baig A. M. Chronic COVID syndrome: Need for an appropriate medical terminology for long-COVID and COVID long-haulers //Journal of medical virology. — 2021. — Vol.93 (5). — P.2555-2556, doi: 10.1002/jmv.26624
3. Pavli A., Theodoridou M., Maltezos H. C. Post-COVID syndrome: Incidence, clinical spectrum, and challenges for primary healthcare professionals //Archives of medical research. — 2021. — Vol. 52. (6). — P. 575-581, doi: 10.1016/j.arcmed.2021.03.010
4. Nalbandian A. et al. Post-acute COVID-19 syndrome //Nature medicine. — 2021. — Vol. 27. — (4.) — P. 601-615, doi: 10.1038/s41591-021-01283-z
5. Editorial. Long Covid: let patients help define long-lasting COVID symptoms //Nature. — 2020. — Vol. 586. (7828). — P. 170, doi: 10.1038/s41591-021-01283-z
6. Nabavi N. Long covid: How to define it and how to manage it // BMJ. — 2020;370:m3489, doi: 0.1136/bmj.m3489
7. Хасанова Д. Р., Житкова Ю. В., Васкаева Г. Р. Постковидный синдром: обзор знаний о патогенезе, нейропсихиатрических проявлениях и перспективах лечения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2021. — Т. 13. — №. 3. — С. 93-98, doi: 10.14412/2074-2711-2021-3-93-98
8. Taquet M. et al. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records //The Lancet Psychiatry. — 2021. — Vol. 8. — №. 5. — P. 416-427, doi: 10.1016/S2215-0366(21)00084-5
9. Baig A. M. et al. Evidence of the COVID-19 virus targeting the CNS: tissue distribution,

- host–virus interaction, and proposed neurotropic mechanisms //ACS chemical neuroscience. – 2020. – Vol. 11. – №. 7. – P. 995-998, doi: 10.1021/acscchemneuro.0c00122
10. Fernandez-de-Las-Peas C. et al. Long-term post-COVID symptoms and associated risk factors in previously hospitalized patients: A multicenter study //Journal of Infection. – 2021. – Vol. 83. – №. 2. – P. 237-279, doi: 10.1016/j.jinf.2021.04.036
 11. Sher L. Are COVID-19 survivors at increased risk for suicide? //Acta neuropsychiatrica. – 2020. – Vol. 32. – №. 5. – P. 270-270, doi: 10.1017/neu.2020.21
 12. Ениколопов С. Н. и др. Суицидальные идеи после перенесенной инфекции covid-19 // Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы» (к 110-летию Сусанны Яковлевны Рубинштейн). – С. 39.
 13. Varatharaj A. et al. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients. UK-wide study// Lancet Psychiatry. – 2020. – Vol.7. P. 875-882, doi: 0.1016/S2215-0366(20)30287-X
 14. Медведев В. Э. и др. Астенические расстройства в рамках постковидного синдрома // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2021. – Т. 121. – №. 4. – С. 152-158, doi: 10.17116/jnevro2021121041152
 15. Moldofsky H., Patcai J. Chronic widespread musculoskeletal pain, fatigue, depression and disordered sleep in chronic post-SARS syndrome; a case-controlled study //BMC neurology. – 2011. – Vol. 11. – №. 1. – С. 1-7, doi: 10.1186/1471-2377-11-37
 16. Ortelli P. et al. Neuropsychological and neurophysiological correlates of fatigue in post-acute patients with neurological manifestations of COVID-19: Insights into a challenging symptom //Journal of the neurological sciences. – 2021. – Vol. 420. – P. 117271, doi: 10.1016/j.jns.2020.117271
 17. Miners S., Kehoe P. G., Love S. Cognitive impact of COVID-19: looking beyond the short term //Alzheimer's research & therapy. – 2020. – Vol. 12. – №. 1. – P. 1-16, doi: 10.1186/s13195-020-00744-w
 18. Алексеева Н. Т. и др. Молекулярные и клеточные механизмы повреждения центральной нервной системы при COVID-19 // Журнал анатомии и гистопатологии. – 2020. – Т. 9. – №. 3. – С. 72-85, doi: 10.18499/2225-7357-2020-9-3-72-85
 19. Meinhardt J. et al. Olfactory transmucosal SARS-CoV-2 invasion as a port of central nervous system entry in individuals with COVID-19 //Nature neuroscience. – 2021. – Vol. 24. – №. 2. – P. 168-175, doi: 10.1038/s41593-020-00758-5
 20. Mazza M. G. et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors //Brain, behavior, and immunity. – 2020. – Vol. 89. – P. 594-600, doi: 10.1016/j.bbi.2020.07.037
 21. Li Y. C., Bai W. Z., Hashikawa T. The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19 patients //Journal of medical virology. – 2020. – Vol. 92. – №. 6. – P. 552-555, doi: 10.1002/jmv.25728
 22. Li X. et al. Molecular immune pathogenesis and diagnosis of COVID-19 //Journal of pharmaceutical analysis. – 2020. – Vol. 10. – №. 2. – P. 102-108, doi: 10.1016/j.jpha.2020.03.001
 23. Skinner D., Marro B. S., Lane T. E. Chemokine CXCL10 and coronavirus-induced neurologic disease //Viral Immunology. – 2019. – Vol. 32. – №. 1. – P. 25-37, doi: 10.1089/vim.2018.0073
 24. Fagiolini A., Cuomo A., Frank E. COVID-19 diary from a psychiatry department in Italy //The Journal of clinical psychiatry. – 2020. – Vol. 81. – №. 3. – P. 3909, doi: 10.4088/JCP.20com13357
 25. Sartorius N. Comorbidity of mental and physical diseases: a main challenge for medicine of the 21st century //Shanghai archives of psychiatry. – 2013. – Vol. 25. – №. 2. – P. 68, doi: 0.3969/j.issn.1002-0829.2013.02.002
 26. Seminog O. O., Goldacre M. J. Risk of pneumonia and pneumococcal disease in people with severe mental illness: English record linkage studies //Thorax. – 2013. – Vol. 68. – №. 2. – P. 171-176, doi: 0.1136/thoraxjnl-2012-202480
 27. Мосолов С. Н. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии COVID-19 // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2020. – Т. 120. – №. 5. – С. 7-15, doi: 10.17116/jnevro20201200517
 28. Мосолов С. Н. Длительные психические нарушения после перенесенной острой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 // Современная терапия психических расстройств. – 2021. – №. 3. – С. 2-23, doi: 10.21265/PSYPH.2021.31.25.001

Исследование выполнено при поддержке гранта РНФ N 21-18-00129

Непсихотические психические расстройства у подростков, ассоциированные с пандемией COVID-19 как социально-стрессовым фактором

А. Г. Головина,

д-р мед. наук, заведующая подростковым отделом

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

Статья посвящена результатам изучения спектра ассоциированных с пандемией COVID-19 как социальным стрессом непсихотических психических расстройств у пациентов подросткового возраста. Актуальность работы определяется широкой распространенностью COVID-19, особой уязвимостью детей и подростков к действию данного полифакторного воздействия. Исследование проведено на материале 97 пациентов подросткового кабинета ПНД (73 юноши — 75,3 %; 24 девушки — 24,7 %) с психопатологическими непсихотическими образованиями, чье возникновение / усугубление было связано с COVID-19. Представлено распределение больных по диагностическим категориям МКБ-10, в рамках которых регистрировались обсуждаемые психопатологические нарушения, наиболее часто они обнаруживались в структуре невротических и соматоформных нарушений. Исходя из характера триггерного воздействия и доминирующей симптоматики, выделено пять вариантов преобладающих стрессовых факторов, значимых для пациентов подросткового возраста (пребывание в ситуации длительной изоляции; изменение учебного стереотипа; существование в условиях продолжительного информационного стресса; перенесенное кем-то из близких заболевание COVID-19 в тяжелой форме; сочетанное воздействие).

Ключевые слова: COVID-19, социально-стрессовый фактор, непсихотические психические расстройства, подростки.

Non-psychotic mental disorders in adolescents associated with the COVID-19 pandemic as a socio-stressful factor

A.G. Golovina,

Doctor of Medical Sciences, Head of the Adolescent Department

Federal State Budgetary Scientific Institution Scientific Center for Mental Health

(Kashirskoe shosse, 34, Moscow, 115522).

Abstract. The article is devoted to the results of studying the spectrum of non-psychotic mental disorders associated with the COVID-19 pandemic as a social stress in adolescent patients. The relevance of the work is determined by the widespread prevalence of COVID-19, the special vulnerability of children and adolescents to the action of this multifactorial effect. The study was conducted on the material of 97 patients of the adolescent HDP office (73 boys — 75,3 %; 24 girls — 24,7 %) with psychopathological non-psychotic formations, whose occurrence/ aggravation was associated with COVID-19. The distribution of patients by diagnostic categories of ICD-10 is presented, within which the discussed psychopathological disorders were registered, they were most often found in the structure of neurotic and somatoform disorders. Based on the nature of the trigger effect and the dominant symptoms, five variants of the prevailing stress factors significant for adolescent patients are identified (being in a situation of prolonged isolation; changing the educational stereotype; existence in conditions of prolonged information stress; severe COVID-19 disease suffered by someone close to you; combined exposure).

Keywords: COVID-19, social stress factor, non-psychotic mental disorders, adolescents.

Актуальность

Пандемия COVID-19 (сокращение от Corona Virus Disease 2019) отличается быстрым темпом

распространения заболевания, вызванного коронавирусом SARS-CoV-2, высокими показателями контагиозности и летальности, полиморфизмом клинической картины на начальных этапах.

Объективная опасность инфекции, в условиях которой вынуждено существовать человечество, накладывается на ряд социальных факторов, сопутствующих пандемии. Сложная эпидемиологическая и экономическая ситуация, необходимость ограничения социальной активности, лимитирование общения офлайн с его заменой виртуальными формами коммуникаций, периодическое использование карантинных мер и самоизоляции, переход на дистанционную работу / обучение с ломкой привычного жизненного стереотипа и неопределенность будущего также создают условия для развития протрагированного стресса. В общей популяции его проявлением нередко является синдром, описанный как «headline stress disorder» — этот термин был введен в 2016 г. S. Stosny и его коллегами. Первоначально термин использовался для описания последствий информационного стресса, затем стал применяться при описании реакций на иные варианты стрессорных воздействий [12]. К его проявлениям относят развитие диссомний, аффективных, тревожных нарушений, а также страхов, фобий, поведенческих девиаций, возрастания агрессивности, неконтролируемого приема алкоголя и психоактивных веществ [3, 6, 9]. Частота и выраженность этих расстройств возрастозависимы, к числу наиболее уязвимых групп относятся дети и подростки, выявлен статистически достоверный рост среди этого контингента различных психических нарушений [1, 5, 7], особенно значимо возросли показатели распространенности тревожно-фобических [8] и депрессивных расстройств [2, 4]. Что касается их сверстников, еще до пандемии страдавших психическими заболеваниями, то среди них встречаемость и тяжесть указанных расстройств выросли еще заметнее [10, 11]. Однако ряд аспектов изучен явно недостаточно, в частности, проведенные на детско-подростковых контингентах изыскания, базируются, в основном, на результатах опросов, анализа медико-статистических показателей без детального рассмотрения клинико-динамических параметров возникающих психических нарушений. Этот дефицит частично призвана восполнить данная работа.

Цель работы: получение данных о спектре ассоциированных с COVID-19 как социальным стрессом непсихотических психических расстройств, их клинико-динамических соответствиях у пациентов подросткового возраста.

Материал и методы. Исследование проведено на базе подросткового кабинета ГБУЗ ПКБ №1 ДЗМ ПНД №13 г. Москвы. Проанализирована обращаемость пациентов 14–17 лет с психическими расстройствами, ассоциированными с пандемией COVID-19 как социально-стрессорным воздействием.

Критериями включения являлись: возраст 14–17 лет, наличие непсихотической психической патологии, информированное согласие на обследование. **Критериями невключения** были: наличие клинических и/или лабораторных признаков перенесенной или имеющейся инфекции COVID-19, иных инфекционных заболеваний в острой / подострой стадиях, а также раннем периоде реконвалесценции; выраженного дефекта эндогенной или органической природы; умеренной и тяжелой форм умственной отсталости, тяжелой сомато-неврологической патологии.

Выявлено 97 больных (73 юноши — 75,3 %; 24 девушки — 24,7 %) с психопатологическими образованиями, чье возникновение / усугубление было связано с COVID-19. Нозологическое распределение пациентов в соответствии с критериями МКБ-10 выглядело следующим образом: невротические и соматоформные расстройства — 29 больных (29,9 %); расстройства поведения и эмоций с началом в детском и подростковом возрасте — 23 случая (23,7 %); аффективные расстройства — 18 (18,6 %); расстройства круга шизофрении (включая шизотипическое личностное расстройство) — 14 (14,4 %); расстройства личности — 11 (11,3 %); расстройства пищевого поведения — 2 (2,1 %).

Методы исследования: клинико-психопатологический, математико-статистический.

Результаты и их обсуждение. Как можно видеть, наиболее часто психопатологические образования, ассоциированные с воздействием пандемии, обнаруживались в структуре невротических и соматоформных нарушений (около трети пациентов), на втором месте оказались расстройства поведения и эмоций (около четверти больных). В рамках аффективной патологии обсуждаемые феномены регистрировались примерно в пятой части случаев, несколько более редкими и сопоставимыми по частоте они встречались при расстройствах круга шизофрении (непсихотические формы) и личностной патологии, только в единичных случаях — при расстройствах пищевого поведения.

Лишь 31 больной (31,9 %) из данной выборки впервые обратился к психиатру подросткового кабинета ПНД, подавляющее же число пациентов (66 случаев — 68,1 %) уже прибегали ранее к специализированной психиатрической помощи в связи с нозологически и клинически разнообразной психической патологией.

Клиническая картина COVID-ассоциированных расстройств отличалась полиморфизмом, у пациентов обнаруживались разнообразные тревожные (включая их соматоформные эквиваленты), фобические, обсессивно-компульсивные, аффективные, психопатоподобные нарушения,

в отдельных случаях существовавшие изолированно, но преимущественно — в структуре сложных синдромов. Их появление / усугубление было связано по времени и предпочтительности симптоматики с многомерным стрессом, созданным ситуацией пандемии. Очевидно, что реакция на стрессорное воздействие определялась характером детерминант, его составляющих, их совокупным влиянием на пациента, свойствами его личности, а также особенностями имевшегося у него ранее психического расстройства, создававшими предпосылки к уязвимости в отношении определенных факторов.

При этом представилось целесообразным, с некоторой долей условности, разделить триггеры, ассоциированные с формированием нарушений и вносящие определенную специфику в клиническую картину расстройств, на несколько вариантов по принципу преобладания того или иного воздействия. Были выделены следующие варианты:

1) пребывание подростка в ситуации длительной изоляции;

2) изменение у пациента учебного стереотипа (переход на онлайн-обучение и возвращение к занятиям офлайн);

3) существование больного в условиях продолжительного информационного стресса;

4) перенесенное кем-то из близких подростка заболевание COVID-19 в тяжелой форме (включая летальный исход);

5) сочетанное воздействие, когда превалирующий фактор четко не определялся.

Пребывание в ситуации длительной изоляции с вынужденным лимитированием общения, ограничением основных коммуникаций ближним семейным кругом, резким снижением физической активности и сужением диапазона ее форм, невозможностью свободного передвижения по городу, посещения культурных и развлекательных учреждений, осуществления каникулярных поездок, постоянным пребыванием в пространстве квартиры / дачи определяло развитие / эскалацию психических нарушений у 23 подростков. Так, у 7 пациентов с различными формами интернет-зависимости в период дистанционного обучения доминировали проявления аддикции, причем, речь шла не о проведении свободного времени по типу замещающей активности, а о сопротивлении подростков попыткам сократить время, уделяемое компьютерным играм / гаджетам. При этом подростки демонстрировали аффективные вспышки окрашенные злостью, раздражением, бурные психопатоподобные реакции не только при попытках лимитирования / запретов со стороны родных, но и при напоминаниях об учебных обязанностях, приеме пищи, «несвоевременных» расспросах на нейтральные темы,

предложениях. У 6 человек ведущими были нозофобические расстройства — преимущественно ковидофобии. У 8 больных модифицировались и расширились проявления обсессивно-компульсивных расстройств: навязчивые мысли о возможном заражении вирусом SARS-CoV-2 сопровождалась ритуалами мытья и очищения, навязчивостями перепроверки. У двоих же были выявлены затяжные расстройства адаптации, в структуре которых помимо депрессивных и анксиозных нарушений присутствовала тематика изоляции с опасениями замкнутых пространств, в качестве которых фигурировала квартира. Это соотносится с данными К. Patel [11] о негативных последствиях социального дистанцирования для детско-подросткового населения.

У 39 подростков психические расстройства оказались ассоциированы с *изменением учебного стереотипа*: ведущими в клинической картине были тревожные (в диапазоне от практически постоянно присутствующей «свободно плавающей» тревоги до эпизодов панических атак), депрессивные расстройства, фобии возникали при переходе к онлайн-обучению или, напротив, при возвращении к учебе офлайн. Переход с очного обучения на дистанционное сопровождался снижением познавательной активности, настроения, повышением утомляемости, рассеянности, тревогой и навязчивыми размышлениями, связанными с ухудшением (реальным или мнимым) качества получаемых онлайн знаний, их усвоения, возможности успешной сдачи экзаменов, продолжения учебы и получения выбранной ранее профессии, диссомниями. Аналогичные проблемы отмечались и у пациентов с расстройствами круга шизофрении, чьи личностные свойства (замкнутость, предпочтение уединенного образа жизни, узость круга общения) не предполагали высокой потребности в традиционных формах социального взаимодействия. Эти подростки, первоначально довольные «комфортным» существованием, обнаруживали симптомы нарушения активности (включая продуктивность усвоения академических знаний и мотивацию к обучению), снижение витального тонуса, аффективную неустойчивость, немотивированную тревогу, расстройства сна. По возвращении к ранее привычному варианту учебы практически все эти пациенты не ощущали облегчения. Они испытывали разочарование / уныние, когда обнаруживали, что академические нагрузки стали переноситься ими тяжелее, занятия перестали приносить удовлетворение и, напротив, являются источником дискомфорта. У них легко возникали ранее несвойственные / более выраженные протестные реакции, общение вне узкого круга усложнилось. Этому способствовали появившиеся социофобии, сюжетно связанные со страхом насмешек и собственной

несостоятельности в глазах окружающих, а также боязнь академической неуспешности. Кроме того, возникали тревога и страх перед будущим, как в отношении возможности получения выбранной профессии, так и востребованности ее, возможности получения стабильного дохода от работы по той или иной специальности. Подобные расстройства соответствуют результатам работы K. Patel [11] о потере чувства безопасности, снижения мотивации к учебе в результате онлайн обучения при пандемии COVID-19.

Существование больного в условиях продолжительного информационного стресса в 15 случаях провоцировало возникновение и фиксацию пациентов на теме COVID-19 как инфекционного заболевания. У 9 пациентов возникли стойкие ипохондрические нарушения со стремлением к самоощажению, ограничению активности, созданию для себя особого превентивного режима, направленного на предотвращение заражения, повышенного внимания к тонким нюансам собственных соматических ощущений, постоянным поиском в Интернете информации о мерах защиты от инфекции, мониторинговании статистических данных о количестве заболевших, возможном лечении. У 6 больных зафиксированы развернутые фобические феномены, связанные с опасениями заболеть COVID-19, стать переносчиком коронавируса и заразить окружающих, страх забыть средства защиты (маску и перчатки) при выходе из дома, недостаточно правильно провести обработку рук и одежды. У 5 из них речь шла о видоизменении и расширении спектра проявлений ранее существовавших обсессивно-фобических расстройств с навязчивыми мыслями о возможном заражении вирусом SARS-CoV-2, сопровождавшимся выполнением сложных, занимавших длительное время ритуалов мытья и очищения; с многочисленными перепроверками чистоты рук, лица, обработкой их и одежды антисептическими средствами, регулярной сменой средств индивидуальной защиты и контролем за соблюдением всех возможных предосторожностей и нормативов. Подобные расстройства определяли снижение продуктивности учебной деятельности, мотивации к получению знаний, утрату коммуникационной активности (даже в дистанционном формате) вне пределов ковидофобической тематики, невозможности найти общий язык со сверстниками.

Перенесенное близким больного заболевание COVID-19 в тяжелой форме (включая летальный исход) определяло появление в 11 случаях формирования аффективных расстройств различной степени выраженности (преимущественно легких и средней тяжести) со снижением настроения, апато-динамическими нарушениями, суточными колебаниями состояния и активности, ангедонией, ощущением одиночества и заброшенности,

расстройствами сна и аппетита, снижением успеваемости. Депрессивные нарушения легкой степени тяжести маскировались психопатоподобными вспышками, слезливостью, вспыльчивостью, повышенной обидчивостью, с быстрой сменой сюжета недовольства. Больные рассказывали о том, как они скучают по утраченному родственнику, часто вспоминают его, при этом оказывалось, что негативные эмоции концентрируются вокруг невозможности добиться в настоящее время привычного ощущения комфорта (как бытового, так и психологического), обеспечивавшегося тяжело заболевшим / умершим близким. При этом в ряде случаев больные по мере возможности принимали участие в уходе за членом семьи (покупали лекарства, продукты, навещали, когда это было возможным).

Кроме того, у этих подростков, помимо аффективных нарушений, регистрировались и ипохондрически окрашенные навязчивые размышления о болезни близких, ее последствиях, симптоматике, вероятности заражения для членов семьи, способах защиты от инфекции, появлялись страхи, сюжетно связанные с опасностью этого заболевания. Вектор опасений при этом нередко был направлен не столько на родных, сколько на самого пациента.

В 9 случаях речь шла о *сочетанном воздействии, когда превалирующий фактор четко не определялся*. Состояние определялось клинически полиморфными расстройствами, в число которых входили астенические, анксиозные, фобические, обсессивные образования, поведенческие девиации, дизрекционные и диссомнические нарушения, а также вновь актуализировавшиеся мононеврозы, детские страхи и паттерны поведения, характерные для более младшей возрастной группы. Впечатление о некотором психологическом регрессе, не связанном с возникновением когнитивных нарушений, а также не являвшимся своеобразным отражением объективной тяжести состояния, подкреплялось оживлением интересов, присущих этим подросткам ранее, в более младшем возрасте (коллекционирование, просмотр детских фильмов, наблюдение за растениями) при некотором охлаждении к сугубо подростковым занятиям и развлечениям.

Выводы. Увеличение доли непсихотической психической патологии в условиях пандемии у лиц на этапе взросления и утяжеление имеющихся (стойкость и чувствительность к действию терапии которых еще предстоит уточнить) было показано в ряде работ, проведенных в разных странах [1, 5, 7]. Психопатологическая картина непсихотических психических нарушений, обнаруживающихся у подростков в ходе пандемии COVID-19, полиморфна, формируется она в структуре широкого

спектра нозологически различных состояний, во многом обусловлена сложными средовыми стрессовыми воздействиями, вклад отдельных из которых неоднозначен. Полученные в настоящем исследовании данные показывают некоторые тенденции, выявленные при обследовании подростков, наблюдающихся подростковой службой первичного звена амбулаторной психиатрической помощи. Их предварительный анализ свидетельствует о необходимости их курации. При этом очевидно, что при ее осуществлении необходимо ориентироваться на нозологическую принадлежность психической патологии, в рамках которой она формируется, психопатологическую картину с оценкой выраженности основных синдромов / симптомокомплексов. Наиболее продуктивен мультидисциплинарный подход, включающий психофармакологические, психотерапевтические и социореабилитационные воздействия. Причем, психотерапия и социореабилитация, помимо работы с имеющимися расстройствами, должны быть ориентированы на снижение уязвимости взрослеющей личности к факторам социального стресса, превентивной выработке конструктивных стратегий для его преодоления. Стоит задуматься и об использовании новых терапевтических форм, ряд из которых содержательно и технически еще недостаточно разработан для пациентов подросткового возраста. Речь идет, не только о дистанционных вариантах психиатрической и психологической помощи, методиках, базирующихся на применении виртуальной / дополненной реальности, но и персонализированных компьютерных обучающих программах для пациентов с психическими расстройствами (в том числе, интерактивных) с функцией автоматического мониторинга показателей внимания, активности, качества усвоения материала.

Литература

1. Новикова Л.Б., Акопян А.П., Шарапова К.М., Латыпова Р.Ф. Неврологические и психические расстройства, ассоциированные с COVID-19 // Артериальная гипертензия. 2020, 26(3): 317–326. doi:10.18705/1607-419X-2020-26-3-317-326
2. Balachandran A.K., Alagarsamy S., Mehroliya S. Suicide among children during Covid-19 pandemic: An alarming social issue // Asian J Psychiatry, 2020. Vol. 54, article ID 102420, 2 p. doi:10.1016/j.ajp.2020.102420
3. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., Rubin G.J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence // Lancet. 2020, 395(10227): 912–920. doi:10.1016/S 0140-6736(20)30460-8
4. Bueno-Notivol J., Gracia-Garcia P., Olaya B., Lasheras J., Lopez-Anton R., Santabarbara J. Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies // Intern J Clin Health Psychology. 2021. Vol. 21, № 1: 20–31. doi:10.1016/j.ijchp.2020.07.007
5. De Figueiredo CS, Sandre PC, Portugal LCL, Mázala-de-Oliveira T, da Silva Chagas L, Raony Í, Ferreira ES, Giestal-de-Araujo E, Dos Santos AA, Bomfim PO. COVID-19 pandemic impact on children and adolescents' mental health: biological, environmental, and social factors // Progress in neuro-psychopharmacol biol psychiatry. 2021. Mar 2;106:110171. doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110171.
6. Dong M., Zheng J. Letter to editor headline stress disorder caused by Netnnews during the outbreak of COVID-19 // Health Exp. 2020. Vol. 23(2): 259–260. doi: 10.1111/hex.13055.
7. Ghosh R, Dubey MJ, Chatterjee S, Dubey S. Impact of COVID -19 on children: special focus on the psychosocial aspect // Minerva Pediatr. 2020. Jun; 72(3):226–235. doi: 10.23736/S0026-4946.20.05887-9.
8. Kontoangelos K., Economou M., Papageorgiou Ch. Mental Health Effects of COVID-19 Pandemia: A Review of Clinical and Psychological Traits // Psychiatry Investig. 2020. Vol. 17. № 6: 491–505. doi: 10.30773/pi.2020.0161
9. Lai J., Ma S., Wang Y., Zhongxiang C., Jianbo H., Ning W., Jiang W., Hui D. et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019 // JAMA Network Open. 2020. Vol.3. P. e203976-e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
10. Nissen J. B., Højgaard D.R.M.A., Thomsen P.H. The immediate effect of COVID-19 pandemic on children and adolescents with obsessive compulsive disorder // BMC Psychiatry. 2020. Vol. 20: 511–521. doi: 10.1186/ s12888-020-02905-5
11. Patel K. Mental health implications of COVID-19 on children with disabilities // Asian J Psychiatry. 2020. Vol. 54. 2 p, doi:10.1016/j.ajp.2020.102273
12. Talevi D., Socci V., Carai M., Carnaghi G, Faleri S., Trebbi E., Bernardo A., Capelli F., Pacitti F. Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic // Riv. Pschiatr.2020, Vol.55 (3): 137–144. doi: 10.1708/3382.33569.

К вопросу о психологических последствиях пандемии COVID-19: обзор

Н.Д. Семенова,

канд. психологических наук, ведущий научный сотрудник, доцент кафедры клинической психологии Московский НИИ психиатрии – филиал Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава РФ;
доцент кафедры клинической психологии Факультета клинической психологии и социальной работы ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ (117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1).

Психологическим последствиям пандемии COVID-19 посвящен широкий круг работ. В данном обзоре автор освещает зарубежные публикации, представив их по следующим рубрикам: психологические последствия пандемии COVID-19 и роль психолога в работе с отдельными подгруппами пациентов; психологическое сопровождение пострадавших от психосоциальных последствий пандемии COVID-19: стратегия, тактика, операции; психологическая помощь врачам и медицинским работникам, находящимся на переднем крае.

Ключевые слова: COVID-19, психическое здоровье, психологическое сопровождение.

On the psychological consequences of the COVID-19 pandemic: an overview

N.D. Semenova,

PhD. of Psychological Sciences, Leading Researcher, Associate Professor of the Department of Clinical Psychology

Moscow Research Institute of Psychiatry is a branch of the V.P. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation;
Associate Professor of the Department of Clinical Psychology of the Faculty of Clinical Psychology and Social Work of the N.I. Pirogov Federal State Educational Institution of the Russian Ministry of Health (1 Ostrovityanova str., Moscow, 117997).

A wide range of works have been devoted to the psychological consequences of the COVID-19 pandemic. In this review, the author highlights foreign publications, presenting them under the following headings: the psychological consequences of the COVID-19 pandemic and the role of a psychologist in working with certain subgroups of patients; psychological support for those affected by the psychosocial consequences of the COVID-19 pandemic: strategy, tactics, operations; psychological assistance to the frontline medical staff fighting against COVID-19.

Key words: COVID-19, mental health, psychological support.

Введение

В январе 2020 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила вспышку нового заболевания COVID-19 чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение. В марте 2020 года ВОЗ сделала заявление о том, что COVID-19 можно охарактеризовать как пандемию; и далее органы общественного здравоохранения во всем мире стали принимать всяческие меры для сдерживания вспышки COVID-19 [34–36]. Чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения заставила пересмотреть имевшиеся к тому времени разработки Департамента ВОЗ по психическому здоровью, и далее использовать эти разработки для поддержания психосоциального благополучия

различных целевых групп в период COVID-19 [34–36]. Пандемия COVID-19 повлияла не только на физическое здоровье [28], но и на психическое здоровье и благополучие населения, изменила приоритеты и, что называется, «бросила вызов» специалистам в области психического здоровья, в числе которых — специалисты-психологи [6, 19]. Вызов состоял в том, что к традиционным формам диагностики, лечения и реабилитации присоединились и другие, вновь осваиваемые. Психологические и психосоциальные последствия пандемии COVID-19 ощутили на себе прежде психически здоровые люди. С психологической точки зрения нынешняя пандемия предстала как новая форма стрессового или травматического воздействия, как некая новая реальность, с которой прежде не сталкивались специалисты-психологи [39].

Психологическим последствиям пандемии COVID-19 посвящен широкий круг работ отечественных авторов (см., например, [3–5] и др.). В данном обзоре мы остановимся на зарубежных публикациях, представив их по следующим рубрикам:

- i. Психологические последствия пандемии COVID-19 и роль психолога в работе с отдельными подгруппами пациентов;
- ii. Психологическое сопровождение пострадавших от психосоциальных последствий пандемии COVID-19: стратегия, тактика, операции;
- iii. Психологическая помощь врачам и медицинским работникам, находящимся на переднем крае. Следует предупредить, что психологические и психиатрические влияния и последствия COVID-19 весьма переплетены, и часто трудно отделить одно от другого.

Психологические последствия пандемии COVID-19 и роль психолога в работе с отдельными подгруппами пациентов

Пандемия COVID-19 распространилась по всему миру и вызвала всеобщее беспокойство и страх. Это суть естественная и нормальная реакция на меняющуюся и неопределенную ситуацию, в которой вдруг все оказались. На эту тему уже сделан ряд обзоров (пока еще не отвечающих в полной мере критериям мета-аналитических), проведенных с использованием базы данных Medline (публикации на английском языке). Так, в обзоре Kontoangelos K. с соавт. [24] проанализировано 65 статей, описывающих психологические последствия пандемии COVID-19. Основные выводы сего обзора в основном касаются двух подгрупп пациентов — детей и пожилых людей.

В отдельную рубрику авторы выделяют психологические последствия пандемии у детей. Пандемия, «врываясь» в нормальный ход психического развития, увеличивает риск психологического неблагополучия. Здесь и разлука с родителями, изоляция детей, помещение их на карантин и т.п. Острые стрессовые расстройства, расстройства адаптации, реакции горя, — все это требует медико-психологических вмешательств. 30 % детей, которые были изолированы или помещены на карантин, отвечали клиническим критериям посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и требовали психологического сопровождения [25]. Изменения в повседневной жизни и социальной инфраструктуре детей таковы, что требуют пояснения и прояснения. Поэтому предоставляемая ребенку информация должна учитывать возраст и уровень его общего развития. Здесь роль психологов, хорошо разбирающихся в возрастных новообразованиях и

подходах к эффективной коммуникации с детьми и подростками, имеет большое значение. Дети и молодежь составляют 42 % населения всего мира, и это не дает права специалистам игнорировать актуальные и долгосрочные психологические проблемы данной группы населения в создавшейся ситуации [16].

Выделяют группы детей с особыми потребностями, детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Взаимодействие с ними может стать дополнительной проблемой для семей и опекунов. Психологическое сопровождение в виде регулярных онлайн-консультаций для родителей и опекунов помогает им справиться с непростой ситуацией, объяснить детям, «что такое COVID», используя игры и онлайн-терапию (в последнем случае речь идет о хорошо функционирующих детях) [27].

COVID-19 меняет жизнь семьи в целом, затрагивая и родительскую диаду, и расширенную семью, и семью как систему. Родители вынуждены работать удаленно, и для многих это затруднительно. В периоды закрытия школ возрастает и уязвимость детей, отмечаются случаи жестокого с ними обращения. Родители и дети живут в условиях повышенного стресса, шумихи в СМИ и т.п. — все это негативно влияет на психологическую саморегуляцию семьи как системы. Наконец, экономические последствия кризиса усиливают родительский стресс, а вместе с ним жестокое обращение и насилие в отношении детей [13].

Рассматривая возрастной срез и освещая работу с отдельными подгруппами населения, исследователи также выделяют ведение пожилых людей в период пандемии. В ситуации стихийных бедствий и кризисов, пожилые люди весьма уязвимы. Эта категория людей имеет ограниченный доступ к широкой информации, у данных лиц могут возникнуть трудности с соблюдением мер безопасности, с пониманием доносимой до них информации. Психологи, вместе с другими специалистами (социальными работниками, администраторами домов престарелых и волонтерами), оказывают помощь людям, живущим с деменцией. Особого внимания требуют пожилые люди, находящиеся на длительном уходе [21]; речь идет не только об охране их здоровья, но и о защите системы здравоохранения от перегрузки тяжелыми случаями COVID-19 [19]. В одном из исследований, проведенных в Китае [37], этот вопрос подробно рассматривается. Среди пожилых китайцев (лиц, старше 55 лет) проблемы с психическим здоровьем были весьма распространены (симптомы депрессии здесь составили 23,6 %). Быстрая передача вируса, тяжелый острый респираторный синдром и высокая смертность могут усугубить риск возникновения проблем с психическим здоровьем и ухудшить существующие симптомы, что скажется на по-

вседневном функционировании и когнитивных функциях пожилого человека. Авторы указывают на первостепенную роль высококачественных и своевременных «кризисных психологических услуг», предоставляемых пожилым людям, проживающим в сообществе [37, 38].

Психологическое сопровождение пострадавших от психосоциальных последствий пандемии COVID-19: стратегия, тактика, операции

В период вспышки любого инфекционного заболевания психологические реакции населения играют решающую роль в формировании распространения болезни, а также в возникновении эмоционального стресса и социальных расстройств во время и после вспышки. Об этом, например, писал известный отечественный психиатр Ю.А. Александровский [1, 2] (хотя речь в его работе шла не об инфекционных заболеваниях, а об авторской концепции социально-стрессового расстройства). Несмотря на этот факт, на ощутимую роль психологических реакций отдельных людей и населения в целом, на смягчение психологических реакций, на снижение воздействия пандемии на психологическое благополучие — обычно не выделяется достаточно ресурсов. Этому есть вполне понятные объяснения. Когда речь идет об острой фазе вспышки эпидемии, системы здравоохранения работают в аварийном режиме, и первоочередное внимание уделяется тестированию, снижению передачи инфекции, оказанию неотложной помощи пациентам. На этом фоне проблемы психологические отходят на второй план. Вместе с тем, и это подчеркивают многие авторы, данные проблемы не должны упускаться из виду на любом из этапов борьбы с пандемией, будь то острая фаза или фаза стабилизации [15].

В самом деле, психологические факторы играют важную роль в соблюдении мер общественного здравоохранения (таких, например, как вакцинация и др.), в способности людей справляться с угрозой заражения и связанными с этим потерями. Среди психологических реакций на пандемию вообще [31] выделяют: неадекватное поведение, эмоциональный стресс, разного рода защитные реакции (конструктивные и деструктивные). В таких случаях выделяют также группу лиц, особенно уязвимых; речь идет о лицах с существующими проблемами психологического характера [8, 14, 15].

Все эти ранее (до 2020 г. — года начала пандемии COVID-19) выделенные особенности стали очевидны и в период нынешней пандемии COVID-19. Так, исследование Wang C. с соавт. [33], проведенное в январе-феврале 2020 г. и охватив-

шее 1210 респондентов из 194 городов Китая, показало, что 54 % респондентов расценили психологическое воздействие вспышки COVID-19 как умеренное или серьезное, 29 % сообщили о симптомах тревоги — от умеренной до тяжелой, 17 % сообщили об умеренных или тяжелых симптомах депрессии [33]. Данные показатели весьма высоки. В 2009 г. во время вспышки так называемого «свиного гриппа» дети, а также пациенты с невротическими и соматоформными расстройствами, значительно преобладали среди лиц, выражающих умеренную или серьезную степень психологического воздействия «гриппа» [29].

На этом фоне, и по мере того, как пандемия COVID-19 продолжала распространяться в мире, авторы [15] указали на ряд психологических последствий, заслуживающих не отсроченного реагирования. Во-первых, даже в благополучные времена у лиц с установленным психическим заболеванием ожидаемая продолжительность жизни ниже, и показатели физического здоровья хуже, чем у населения в целом [30]. Лица с ранее существовавшими психическими расстройствами и расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), будут подвергаться повышенному риску заражения COVID-19, будут иметь проблемы с доступом к тестированию и лечению, у них будет повышен риск негативных физических и психологических последствий пандемии. Во-вторых, следует ожидать значительного роста тревожных и депрессивных расстройств среди прежде психически здоровых людей, у части из которых со временем может возникнуть ПТСР. Онлайн-оценка симптомов ПТСР у клинически стабильных пациентов с COVID-19 (730 человек) показала наличие данных симптомов в 96,2 % случаев. Что касается желаемых психологических методов помощи, то половина опрошенных отдала предпочтение психообразованию (медико-психологическому просвещению) [11]. Быстрые темпы передачи COVID-19, наряду с подчас тенденциозным освещением ситуации в СМИ и социальной дискриминацией в отношении пациентов с COVID-19 — все это может приводить к росту показателей субъективно воспринимаемых симптомов ПТСР [26]. Данная тенденция была недооценена в Китае во время нынешней пандемии [18].

Для того чтобы свести к минимуму психологические последствия пандемии COVID-19, предлагается программа действий в виде рекомендаций и мер [15, 40]. Эти рекомендации можно структурировать, выстроив иерархически: от стратегических (на уровне министерств и ведомств), к тактическим (на уровне руководителей клинических подразделений) и операциональным (в виде конкретных приемов помощи, самопомощи и самоорганизации для сотрудников служб).

Стратегические меры, включающие перевод или «переброску» специалистов, включая специалистов-психологов, работающих в службах охраны психического здоровья, в другие области здравоохранения, на первый взгляд могут показаться оправданными. Однако это не так и этого следует, по возможности, избегать. В противном случае возможно ухудшение результатов работы в целом и, в частности, ухудшение физического и психического здоровья лиц с психическими заболеваниями. Данная группа пациентов как раз требует усиленного ухода, поэтому отток специалистов-психологов из этой области недопустим. Тактические меры включают проведение целевых психологических вмешательств на уровне сообщества (общины, района, поселения). Пострадавшим от COVID-19 лицам с высоким риском психологического неблагополучия предлагаются меры, повышающие их информированность (на базе отделений первичной медико-санитарной и неотложной помощи), улучшающие доступ к психологической помощи и психологическим вмешательствам (особенно тем, что проводятся онлайн и с использованием технологий смартфонов) [22]. Эти меры помогут снизить или предотвратить более серьезные психологические проблемы в будущем. Операциональные меры включают помощь, работающим «на переднем крае», врачам и медицинскому персоналу [7]. В качестве положительного примера выдвигается работа Центров по контролю и профилактике заболеваний (США), где медицинским работникам предлагаются консультации по уменьшению вторичных травматических стрессовых реакций [12]. На этом мы остановимся в заключительном разделе статьи. Эти три уровня — стратегический, тактический и операциональный — безусловно, взаимосвязаны.

Ориентировочной основой психологического сопровождения пострадавших от психосоциальных последствий пандемии COVID-19 является положение о том, что психологические и социальные последствия эпидемии усиливают и усиливаются уже наличествующими у субъекта симптомами психологического неблагополучия, симптомами тревоги и депрессии [17]. Специалисты-психологи играют важную роль в поддержании благополучия пострадавших и их семей и психологические вмешательства связаны, прежде всего, с информированием людей об общих неблагоприятных психологических же последствиях COVID-19 и, вместе с тем, связаны с поощрением поведения, способствующего укреплению здоровья, облегчению решения проблем и, наконец, расширению прав и возможностей пациентов и их семей [9, 10]. Информация, поступающая из СМИ и социальных сетей, должна тщательно контролироваться на фоне широкого продвижения

психологических вмешательств, поддерживаемых, как уже отмечалось, со стороны сообщества [32].

Страх перед COVID-19, вероятно, связан с его новизной и неопределенностью относительно того, сколь серьезными последствиями может обернуться текущая вспышка. Природу и влияние COVID-19 на психологическое благополучие еще предстоит определить. Психологический конструкт, на который здесь опираются исследователи [9], называется «толерантность к неопределенности». Понятие введено психологом Эльзой Френкель-Брунsvик (E. Frenkel-Brunswik) в 1948/1949 г. [20] и определяется как отношение человека к динамически изменяющейся, вероятностной и противоречивой стимуляции. Нетерпимость к неопределенности (интолерантность) описывается как тенденция принимать решения по типу «черное-белое», торопиться быстро все прояснить, игнорируя сложные реалии и отвергая в этом стремлении к ясности потребности других людей. Толерантность к неопределенности — суть характеристика зрелой личности, открытой новому опыту, и неопределенность ситуации COVID-19 уже воспринимается как трудная, но не психотравмирующая ситуация.

Психологическая помощь врачам и медицинским работникам, находящимся на переднем крае

Медицинские работники, находящиеся на переднем крае, сыграли ведущую роль в борьбе со вспышкой COVID-19. Так, Китай отправил огромное число медицинских работников со всей страны в провинцию Хубэй для борьбы с вирусом [23]. Медицинские работники в Китае и по всему миру трудились в условиях невероятного психоэмоционального напряжения, сталкивались с непреодолимыми трудностями и реальными потерями, страдания пациентов и их родственников, безусловно, сказались на психологическом состоянии врачей.

Психологическое благополучие медицинских работников и их особая роль во время пандемии COVID-19 — предмет многих исследований и обзоров [24]. Как и ожидалось, специалисты в области здравоохранения и социальной помощи подверглись повышенному риску возникновения симптомов психологического неблагополучия, особенно, если они работали в системе первичной медико-санитарной помощи, службах неотложной помощи, отделениях неотложной помощи и интенсивной терапии. ВОЗ уже официально признала этот факт [34]. В связи с этим, психологами стали предлагаться меры, нацеленные на снижение психологических последствий пандемии COVID-19 у специалистов служб здравоохранения

и социальной помощи [15]. Психологические вмешательства включали методы совладания с тревогой и стрессом, помощь в предотвращении эмоционального выгорания, депрессии и ПТСР. Специалисты-психологи, оказывающие психологическую поддержку во время и после пандемии COVID-19, рекомендовали врачам не фокусироваться на чувстве вины и стыда, принимать меры предосторожности (например, предлагать пациентам лечение дистанционно, через Skype, Zoom, по телефону и т.д.). Проводилась работа и с уязвимыми группами среди врачей (например, женщинами-врачами или медсестрами — жертвами домашнего насилия, медицинскими работниками с наличествующими проблемами психологического неблагополучия и т.п.). Улучшение психологического благополучия персонала больниц во время вспышки COVID-19 оказалось не менее важным, нежели борьба с собственно вспышкой эпидемии [23]. Персонал беспокоился о нехватке средств защиты и страдал от ощущения беспомощности при работе с «потоком» тяжелобольных пациентов. Вместе с тем, многие сотрудники упомянули, что психолог им вовсе не нужен, а нужно больше отдыха и достаточное количество надежных средств защиты. На этом фоне интересны результаты опроса врачей, находящихся «на передовой» и более других затронутых COVID-19: все врачи отметили, что нуждаются в обучении психологическим навыкам, позволяющим справляться с собственной тревожностью, паникой и другими эмоциональными проблемами, а также с аналогичными проблемами своих пациентов; врачи говорили также о желательности присутствия в их подразделениях персонала психиатрических служб для непосредственной помощи нуждающимся пациентам [8, 15].

Заключение

При оценке и анализе общего содержания публикаций существует большая потребность в дальнейшей исследовательской работе на предмет психологических факторов и последствий данной пандемии. Раннее выявление дистресса и своевременное психологическое вмешательство могут предотвратить развитие более серьезных последствий. При разработке стратегий психологического вмешательства в ответ на COVID-19 следует учитывать особенности реагирования на кризисную ситуацию отдельных подгрупп пациентов, прежде всего, детей, а также пожилых людей. Информация СМИ и социальных сетей должна тщательно контролироваться, а психологические вмешательства, получающие поддержку на уровне сообщества, должны всячески распространяться.

Психологическая поддержка врачей и других специалистов, находящихся «на передовой», должна быть всесторонней, доступной и отвечающей интересам данной целевой группы.

Литература

1. Александровский Ю. А. Социогенные психические расстройства // Российский психиатрический журнал. — 2014. — №. 3.
2. Александровский Ю. А. Социальные изменения в обществе и психическое здоровье // Психическое здоровье: социальные, клинико-организационные и научные аспекты. — 2017. — С. 46-51.
3. Андреева Е. Ю., Клешина М. О. Концепция эмоционального выгорания на работе в условиях пандемии Covid-19 // Психология и Психотехника. — 2021. — №. 4. — С. 90-98.
4. Гараева С. Н., Леорда А. И., Постолати Г. В. Некоторые аспекты влияния covid-19 на психическое здоровье человека // Архивариус. — 2021. — Т. 7. — №. 3 (57). — С. 4-7.
5. Кононов А. Н. Тревога о будущем в условиях пандемии коронавирусной инфекции: исследование методом контент-анализа // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. — 2020. — №. 3. — С. 18-28.
6. Ahmad A, Mueller C, Tsamakidis K. COVID-19 pandemic: a public and global mental health opportunity for social transformation? *BMJ*. 2020;369:m1383.
7. Arden MA, Chilcot J. Health psychology and the coronavirus (COVID-19) global pandemic: a call for research. *Br J Health Psychol*. 2020;25:231–232.
8. Asmundson GJG, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: what all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *J Anxiety Disord*. 2020;71:102211.
9. Asmundson GJG, Taylor S. Coronaphobia: fear and the 2019-nCov outbreak. *J Anxiety Disord*. 2020;70:102196.
10. Banerjee D. The COVID-19 outbreak: crucial role the psychiatrists can play. *Asian J Psychiatr*. 2020;50:102014.
11. Bo HX, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, et al. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychol Med*. 2020;27:1–7.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Manage Anxiety & Stress. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2020.
13. Cluver L, Lachman JM, Sherr L, Wessels I, Krug E, Rakotomalala S, et al. Parenting in a time of COVID-19. *Lancet*. 2020;395:e64.

14. Cohen SP, Baber ZB, Buvanendran A, McLean LTCBC, Chen Y, Hooten WM, et al. Pain management best practices from multispecialty organizations during the COVID-19 pandemic and public health crises. *Pain Med.* 2020 [Epub ahead of print]
15. Cullen W., Gulati G., Kelly B. D. Mental health in the COVID-19 pandemic //QJM: An International Journal of Medicine. – 2020. – T. 113. – №. 5. – С. 311-312.
16. Dalton L, Rapa E, Stein A. Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health.* 2020;4:346–347.
17. Druss BG. Addressing the COVID-19 pandemic in populations with serious mental illness. *JAMA Psychiatry.* 2020
18. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:300–2.
19. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry.* 2020;63:e32.
20. Frenkel-Brunswik, E. Intolerance of ambiguity as an emotional perceptual personality variable //Journal of Personality. – 1948. – №. 18. – С. 108–143.
21. Gardner W, States D, Bagley N. The Coronavirus and the risks to the elderly in long-term care. *J Aging Soc Policy.* 2020;3:1–6.
22. Ho CS, Chee CY, Ho RC Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19: beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singapore* 2020; 49: 1–3.
23. Huang J, Liu F, Teng Z, Chen J, Zhao J, Wang X, et al. Care for the psychological status of front-line medical staff fighting against COVID-19. *Clin Infect Dis.* 2020
24. Kontoangelos K., Economou M., Papageorgiou C. Mental health effects of COVID-19 pandemic: a review of clinical and psychological traits //Psychiatry investigation. – 2020. – T. 17. – №. 6. – С. 491.
25. Liu JJ, Bao Y, Huang X, Shi J, Lu L. Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health.* 2020;4:347–349.
26. Monson E, Caron J, McCloskey K, Brunet A. Longitudinal analysis of quality of life across the trauma spectrum. *Psychol Trauma.* 2017;9: 605–612.
27. Narzisi A. Handle the autism spectrum condition during coronavirus (COVID-19) stay at home period: ten tips for helping parents and caregivers of young children. *Brain Sci.* 2020;10:207.
28. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. “Pandemic fear” and COVID19: mental health burden and strategies. *Braz J Psychiatry.* 2020;42:232–235.
29. Page LA, Seetharaman S, Suhail I, Wessely S, Pereira J, Rubin GJ. Using electronic patient records to assess the impact of swine flu (influenza H1N1) on mental health patients. *J Ment Health* 2011; 20:60–9.
30. Rodgers M, Dalton J, Harden M, Street A, Parker G, Eastwood A. Integrated care to address the physical health needs of people with severe mental illness: a mapping review of the recent evidence on barriers, facilitators and evaluations. *Int J Integr Care* 2018; 18:9.
31. Taylor S. The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease. Newcastle upon Tyne, Cambridge Scholars Publishing, 2019.
32. Torales J, O’Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry.* 2020
33. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17:1729.
34. World Health Organization. Mental Health During COVID-19 Outbreak. Geneva, Organization, 2020.
35. WHO. Geneva, Swittherzland: Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. WHO emergencies (Internet) Updated 6 Mar 2020 Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.
36. WHO. Geneva, Swittherzland: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report-70 (Internet) Updated 19-30 March 2020. <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-operational-guidance-formaintaining-essential-health-services-during-an-outbreak>.
37. Yang Y, Li W, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, Xiang YT. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry.* 2020;7:e19.
38. Yao H, Chen JH, Xu YF. Rethinking online mental health services in China during the COVID-19 epidemic. *Asian J Psychiatr.* 2020;50:102015.
39. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry.* 2020;7:228–229.
40. Xiang YT, Yu X, Sartorius N, Ungvari GS, Chiu HF. Mental health in China: challenges and progress. *Lancet.* 2012;380:1715–1716.

Концепция переходного когнитивного синдрома в структуре когнитивных нарушений у пожилых лиц: подходы к диагностике и лечению

О.С. Левин¹,

д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии,

А.Ш. Чимагомедова¹,

ассистент кафедры неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1).

В статье освещена концепция переходного когнитивного синдрома в структуре нарушений познавательных функций у пожилых пациентов, дифференциальная диагностика и фармакотерапевтическая коррекция этих возрастных изменений. Показана способность ницерголина улучшать состояние пациентов с легкими и умеренными стадиями деменции, а также преддементными нарушениями на фоне благоприятного профиля безопасности препарата.

Ключевые слова: переходный когнитивный синдром, преддементные нарушения, ницерголин.

The concept of transitional cognitive syndrome in the structure of cognitive disorders in the elderly: approaches to diagnosis and treatment

O.S. Levin¹,

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Neurology with a course of reflexology and manual therapy,

A.S. Chimagomedova¹,

Assistant of the Department of Neurology with a course of reflexology and manual therapy

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Additional Professional Education "Russian Medical Academy of Continuing Professional Education" of the Ministry of Health of the Russian Federation (125993, Moscow, Barrikadnaya str., 2/1, p. 1).

Abstract. The article highlights the concept of transitional cognitive syndrome in the structure of cognitive impairment in elderly patients, differential diagnosis and pharmacotherapeutic correction of these age-related changes. The ability of nicergoline to improve the condition of patients with mild and moderate stages of dementia, as well as pre-dementia disorders against the background of a favorable safety profile of the drug is shown.

Keywords: transitional cognitive syndrome, pre-dementia disorders, nicergoline.

Нарушения когнитивных (познавательных) функций — одно из основных проявлений поражения головного мозга, особенно часто развивающееся в пожилом возрасте. В связи с увеличением продолжительности жизни и развитием цивилизации, распространенность и социальная значимость когнитивных нарушений неуклонно

растет. У большинства людей, начиная с 40–50 лет происходят закономерные изменения когнитивных функций (главным образом, внимания), которые способны вызвать беспокойность человека (но не окружающих), но не выходят за рамки возрастной нормы и не приводят к социальной дезадаптации.

Тем не менее, у значительной части пожилых лиц развивается тяжелый когнитивный дефицит, в результате которого человек, говоря словами выдающегося швейцарского психиатра Э. Блейера, «перестает справляться с жизнью»: он утрачивает трудоспособность, а затем и бытовую независимость (автономию). Это состояние обозначается как деменция (слабоумие).

Хотя с возрастом риск деменции экспоненциально увеличивается, она не является непременным атрибутом старения и не может быть объяснена только возрастными изменениями в мозге. В основе деменции всегда лежит органическое заболевание головного мозга, чаще нейродегенеративное, реже сосудистое, метаболическое, инфекционное, нейропластическое и т.д.

Деменция не развивается мгновенно — ей предшествует более или менее длительный период, когда когнитивные нарушения еще не достигают степени деменции, но уже выходят из границ возрастной нормы. В течение этого периода количественное нарастание когнитивных нарушений постепенно трансформируется в качественную перестройку поведенческих функций. Для определения этого промежуточного состояния, временные рамки которого могут колебаться от нескольких месяцев до нескольких десятилетий, предлагались различные термины. Первоначально термины главным образом подчеркивали зависимость от возрастных изменений головного мозга (доброкачественная старческая забывчивость, возрастное нарушение памяти, возрастная когнитивная дисфункция и т.д.). Но со временем указанное состояние скорее стали рассматривать как продромальную фазу дементирующего заболевания. Эти взгляды нашли последовательное выражение в концепции «mild cognitive impairment» (буквально «мягкое», или, точнее, «легкое когнитивное нарушение»), которое с учетом его значения и контекста корректнее переводить на русский язык как «умеренное когнитивное расстройство» (УКР).

Формально к категории умеренных относят когнитивные нарушения с отклонением от возрастной нормы хотя бы в одной из когнитивных сфер (память, внимание и регуляторные функции, речь, зрительно-пространственные функции) не менее чем на 1 стандартное отклонение, но, которые при этом не оказывают существенного влияния на состояние повседневной активности (за исключением наиболее сложных ее видов). В значительном числе случаев УКР следует рассматривать как продромальную фазу болезни Альцгеймера (БА), сосудистой деменции, деменции с тельцами Леви (ДТЛ) или других дементирующих заболеваний [9, 11].

Роль возрастных изменений головного мозга в развитии когнитивных нарушений у пожилых

Быстрый рост распространенности когнитивных нарушений с увеличением возраста пациентов указывает на их связь с инволютивными морфологическими изменениями в мозге, закономерно развивающимися по мере его старения. С возрастом в головном мозге происходит снижение числа нейронов (на 0,1–0,2 % за каждый год после 50 лет), уменьшается численность дендритов, синапсов, рецепторов, происходит утрата глиальных элементов. Следствием этого является уменьшение объема мозга и отдельных его частей, снижение уровня метаболизма и перфузии мозга по данным функциональной нейровизуализации. Некоторые зоны мозга более чувствительны к инволютивным изменениям. Как показывают данные нейровизуализации, атрофия, в первую очередь, затрагивает лобные доли (объем снижается на 0,5 % в год) и височные доли (объем снижается на 0,3 % в год), а также глубинные отделы, что приводит к быстрому увеличению боковых желудочков (на 3,2 % в год). По данным ПЭТ, по мере старения в первую очередь снижается активность в лобной коре [3, 9, 18].

Все эти изменения являются субстратом возрастного снижения когнитивных функций, которое в первую очередь захватывает процессы нейродинамического характера, особенно внимание. В то же время, большинство регуляторных и операциональных функций, в том числе, процессы запоминания новой информации, остаются относительно сохранными. Таким образом, у большинства пожилых лиц возрастное ослабление когнитивных функций оказывается компенсированным и существенно не сказывается на жизнедеятельности пациента («нормальное» старение). Более того, у части людей уровень когнитивных функций остается тем же, что и в молодые годы («успешное» старение).

Сами по себе инволютивные изменения в мозге, связанные со старением нервной ткани, не могут служить субстратом развития деменции. Они служат лишь фоном для развития того или иного патологического процесса, который может иметь дегенеративный, сосудистый, метаболический или иной характер. Тем не менее, возрастные изменения могут снижать «церебральный резерв», в результате чего патологические изменения одной и той же выраженности в молодые годы могут оставаться асимптомными, а в пожилом возрасте — вызывать когнитивные нарушения.

Деменция развивается менее чем у 6–8 % лиц старше 65 лет. Заболеваемость деменцией составляет около 1 % в год. УКР встречается в популяции в 2–3 раза чаще, чем деменция — у 15–18 % пожилых лиц. Когнитивное снижение имеет тенденцию к прогрессированию и конверсии в деменцию

с частотой от 5 до 15 % в год. Тем не менее, у части больных с УКР со временем отмечается стабилизация и даже улучшение с возвращением когнитивных функций в пределы возрастной нормы, что отражает гетерогенность УКР [22].

Критерии диагностики

К настоящему времени предложены несколько вариантов критериев диагностики УКР. В наиболее общем виде они сформулированы Европейским консорциумом по БА (2005) и модифицированы Национальным институтом здравоохранения США (табл. 1) [25, 35].

Сопоставляя разные редакции диагностических критериев УКР, можно прийти к выводу, что первоначальная «жесткая» формулировка — «отсутствие нарушения повседневной активности» в современных критериях меняется на «сохранность базисных повседневных навыков с возможным минимальным снижением инструментальной повседневной активности». Позже были опубликованы данные, что УКР связано с нарушением таких функций, как забота о собственном благополучии и здоровье, а также ведение финансовых дел. Именно взаимодействие с окружающими людьми, нарушение мотивационной сферы и снижение интереса, внимания и заботы о собственном здоровье (контроль за приемом лекарств, заинтересованность собственными анализами, лечением) могут быть одним из первых проявлений когнитивного снижения. Вместе с тем следует учитывать, что данные нарушения могут быть расценены в рамках не только когнитивного функционирования, но и аффективных нарушений [16, 20, 27, 32].

Выявление причины УКР

Поиск причины УКР должен включать следующие этапы:

- исключение связи УКР с побочным действием лекарственных средств (особенно имеющих седативный или холинолитический эффект),

- исключение заболеваний, вызывающих когнитивный дефицит, который потенциально обратим при специфической терапии — например, гидроцефалия, эндокринопатии (сахарный диабет, гипотиреоз, тиреотоксикоз), заболевания легких и сердца (особенно, протекающие с сердечной и дыхательной недостаточностью), токсические и дисметаболические энцефалопатии (например, связанные с дефицитом витамина В12 или тиамина, заболеваниями печени и почек), некоторые системные (СКВ, саркоидоз, васкулиты) или инфекционные заболевания (нейросифилис, нейроборрелиоз и др.); для выявления этих заболеваний может потребоваться дополнительное лабораторное или инструментальное обследование.

- дифференциация УКР, связанного с сосудистым поражением мозга (цереброваскулярного типа УКР) от ранней (преддементной, или продромальной) фазы БА («альцгеймеровского типа УКР») или другого нейродегенеративного заболевания.

С учетом нейропсихологического профиля R.C. Peterson предложил разделять УКР на монофункциональный тип, для которого характерно избирательное вовлечение какой-либо одной когнитивной функции (памяти, речи, внимания и регуляции, зрительно-пространственных функций) и мультифункциональный (multidomain) тип, при котором одновременно вовлекаются несколько когнитивных функций [28, 30].

На основании собственного опыта мы выделили следующие варианты нейропсихологического профиля [3]:

- 1) амнестический тип — с нарушением запоминания (дефектом отсроченного воспроизведения, опосредованного запоминания и узнавания); при последующем наблюдении данный тип чаще всего обычно трансформируется в БА (обозначается также как альцгеймеровский тип УКР);
- 2) дизрегуляторный тип, характеризуется преобладанием дисфункции лобных долей, которая

Таблица 1

Критерии умеренного когнитивного расстройства (Европейский консорциум по болезни Альцгеймера (2005), NHS, 2011)

- Жалобы или озабоченность по поводу снижения памяти или других когнитивных проблем со стороны самого пациента, его семьи, близко знающих его людей или наблюдающего его врача.
- Указания со стороны самого пациента или близко знающих его людей на снижение в течение последнего года его когнитивных функций по сравнению с предшествующим уровнем.
- Выявляемые при клиническом (нейропсихологическом) исследовании нарушения когнитивных функций (памяти, речи, зрительно-пространственных, регуляторных или других).
- Отсутствие влияния когнитивного дефекта на повседневную активность (допускаются лишь легкие затруднения при выполнении наиболее сложных повседневных действий).
- Отсутствие деменции.

может быть связана с первичной патологией лобной коры или является вторичной по отношению к патологии глубоких структур (подкорково-лобный синдром); при этом типе возможно вторичное снижение памяти с дефектом отсроченного воспроизведения, но сохранным узнаванием и опосредованным запоминанием; данный тип характерен для сосудистой патологии мозга, продромальной стадии лобно-височной дегенерации, болезни Паркинсона или ранней стадии ДТЛ; легкий вариант подобного типа характерен и для возрастной когнитивной дисфункции;

3) УКР с преобладающим нарушением зрительно-пространственных функций (в последующем чаще всего наблюдается трансформация в ДТЛ или БА);

4) УКР с преобладанием речевых (дисфазических) нарушений (в последующем возможна трансформация в первичную прогрессирующую афазию или БА);

5) комбинированный (мультифункциональный) тип УКР, характеризующийся сочетанием амнестического синдрома гиппокампаляного типа (с нарушением воспроизведения и узнавания) с нарушением регуляторных или других нейрокогнитивных функций (при последующем наблюдении может трансформироваться в БА, но возможен и при комбинации нескольких причин, например, цереброваскулярной патологии с ранней стадией БА).

При диагностике нужно учитывать соответствие между неврологическими и нейропсихологическими данными с одной стороны и данными нейровизуализации (КТ/МРТ) с другой. Так, даже умеренный дизрегуляторный когнитивный дефект у пациента с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП) обычно развивается на фоне достаточно обширного диффузного поражения белого вещества либо множественных двусторонних лакунарных очагов. Кроме того, когнитивные нарушения при ДЭП часто сопровождаются неврологическими симптомами, свидетельствующими о страдании глубоких отделов мозга (дизартрия и другие проявления псевдобульбарного синдрома, нарушения ходьбы и постуральной устойчивости, экстрапирамидные знаки, нейрогенные нарушения мочеиспускания).

О связи УКР с развивающейся БА могут свидетельствовать данные КТ или МРТ, выявляющие атрофию медиальных отделов височных долей (в первую очередь гиппокампа), лабораторное выявление биомаркеров заболевания в ЦСЖ (снижение уровня бета-амилоида и повышение уровня тау-протеина), данные методов функциональной нейровизуализации [25, 29, 31]. Однако на сегодняшний день, до наступления деменции, диагноз БА в отсутствие оценки лабораторных биомаркеров и функциональной нейровизуа-

лизации (прежде всего ПЭТ с лигандом, связывающимся с амилоидом) остается практически невозможным, поэтому диагноз на этой стадии может быть сформулирован лишь синдромально.

УКР и концепция

переходного когнитивного синдрома

Особые трудности вызывает дифференциальная диагностика между УКР и легкой деменцией. С одной стороны, во многих исследованиях в качестве критериев включения использовались явно перекрывающиеся оценки по шкалам, например, к деменции относились случаи, когда оценка по шкале MMSE была равна или ниже 24 баллов, с другой стороны, к УКР относились случаи, когда оценка по шкале MMSE колебалась от 27 до 22 баллов и значительно перекрывалась с диапазоном оценки, характерным как для нормы, так и для деменции [5, 23]. Гетерогенность УКР вносит дополнительные трудности в дифференциацию этой части когнитивного континуума. Уже упоминалось, что одна часть пациентов с УКР представляет собой временную декомпенсацию возрастной когнитивной дисфункции, а другая часть — продромальную фазу дементирующего заболевания дегенеративной или сосудистой природы. Попытки разделить эти две части УКР на сегодняшний день упираются в возможности применения современных биомаркеров, далеко не всегда доступных в клинике. В связи с этим представляется целесообразным объединить часть УКР, которая главным образом относится к УКР с высоким риском конверсии в деменцию, и легкой деменции в единую группу, включающую наиболее тяжелые случаи УКР и легкую деменцию, под названием переходный когнитивный синдром. Какие возможности сулит такое предложение? Во-первых, преодолевается трудный для клинического решения вопрос: преодолел ли пациент порог деменции или только приближается к нему. Во-вторых, это снимет большую часть недопонимания между неврологами и психиатрами. В-третьих, будет исключен стигматизирующий характер термина «деменция», поскольку он будет заменен более приемлемым для больных и его родственников термином. Вместе с тем, будут разрешены терминологические коллизии, возникшие в результате введения термина МСИ/УКР. Отпадет необходимость специально использовать термин УКР, наиболее легкая его часть попадет под термин легкое когнитивное расстройство, среднетяжелая часть — под переходный когнитивный синдром (ПКС). Соответственно, останется тяжелая форма когнитивного расстройства, к которой следует отнести среднетяжелую и тяжелую деменцию. Более того, современные исследования для поиска патогенетической терапии объединяют категории пациентов с УКР и легкой деменцией в одну

группу. Таким образом, появление термина ПКС способно разрешить многие проблемы, которые возникают в существующей клинической практике и исследованиях.

Критерии диагностики ПКС

Критерии диагностики ПКС могут быть построены по тому же принципу, что и критерии диагностики УКР, а именно:

- 1) жалобы пациента и его родственников или знающих его людей на когнитивную дисфункцию,
- 2) отмечаемое по данным анамнеза или при повторном нейропсихологическом тестировании когнитивное снижение на протяжении последнего года,
- 3) выявляемый при нейропсихологическом тестировании когнитивный дефицит в одной или нескольких когнитивных сферах (в том числе, памяти, речи, внимания, регуляторных функциях, зрительно-пространственных функциях),
- 4) не менее одного стандартного отклонения по одному из тестов,
- 5) влияние когнитивного дефицита на любые виды повседневной активности,
- 6) отсутствие клинически явной среднетяжелой или тяжелой деменции.

Легкие когнитивные нарушения и преУКР

Концепция ПКС может изменить структуру существующей терминологии и на «левом» фланге континуума когнитивных нарушений. Отмечено, что легкие когнитивные нарушения — в смысле, придаваемом этому термину Н.Н. Яхно и соавт. (2000), а не МСІ (который переводят, следуя этим авторам, как УКР) на данный момент не имеют четких диагностических критериев и могут затруднять ведение больных с этими расстройствами [1, 6]. Как и многие другие отечественные специалисты, мы полагаем, что УКР — наиболее корректный эквивалент данного термина, учитывая некоторое ограничение жизнедеятельности, пусть и субъективное (аргумент в пользу термина «расстройство»), а также возможность развития деменции, например, в течение нескольких месяцев (аргумент в пользу термина «умеренное»). При использовании термина УКР (в отличие от МСІ) рядом с ним «остается место» для легких когнитивных нарушений (которые логично также обозначать как преУКР). В этом случае в международной литературе также применяются термины преМСІ (прямой аналог преУКР) либо ранние и поздние стадии МСІ (УКР) [10, 21].

ПреУКР — условное обозначение состояния, при котором нейропсихологическое тестирование не выявляет отклонений от возрастной нормы, однако пациент предъявляет жалобы на появившееся снижение памяти, рассеянность

или другие когнитивные проблемы (субъективное когнитивное снижение), либо, когда в ходе беседы с пациентом, оценки его понимания, вовлеченности в дискуссию, готовности к общению, а также после развернутого опроса ухаживающего лица об изменении функциональной активности, в сравнении с предшествующим уровнем, у врача создается впечатление о когнитивном снижении пациента (функциональный вариант когнитивного снижения) [8, 24]. Первый вариант, в частности, типичен для лиц молодого и среднего возраста, у которых жалобы на когнитивное снижение могут быть одним из проявлений депрессии и тревоги.

Термин «легкие когнитивные нарушения» нередко также используется для обозначения минимального когнитивного снижения от возрастной нормы. Однако данный термин может обозначать ухудшение выполнения нейропсихологических тестов в динамике от предшествующей индивидуальной нормы человека, но в рамках допустимых возрастных значений (например, снижение фонетической речевой активности в течение года с 18 до 15 слов в минуту, что, тем не менее, соответствует возрастной норме в 14 слов) [33]. Чаще всего отклонения отмечаются в тестах, имеющих временные ограничения (за счет снижения концентрации и устойчивости внимания, а также скорости психомоторных реакций). Таким образом, при «легких когнитивных нарушениях» когнитивный статус должен оцениваться в динамике по сравнению с преморбидным уровнем, что практически невозможно в рутинной клинической практике. Введение термина ПКС позволит более четко сформулировать понятие легких когнитивных нарушений. В этом случае мы можем понимать под ними, во-первых, те нарушения, которые не соответствуют критериям УКР (например, отклонение от возрастной нормы по одному из тестов не на 1,5–2 SD, а на 1–1,5 SD), и, что более важно, абсолютное отсутствие влияния когнитивного дефицита на повседневную активность, тогда как ПКС предполагает ранние признаки снижения повседневной активности за счет более трудных функций, в качестве которых обычно предлагают учитывать управление финансами или контроль за приемом сложной схемы лекарств.

В последние годы описаны смежные с УКР синдромы:

— легкое / умеренное поведенческое расстройство, характеризующееся ослаблением мотивации, аффективной дисрегуляцией, социальной расторможенностью, нарушением импульсного контроля, которые способны негативно влиять на социальное функционирование пациента (но деменция при этом отсутствует);

— моторно-когнитивный синдром (motor cognitive risk syndrome), характеризующийся сочета-

нием замедленности и повышенной вариабельности параметров шага с субъективными когнитивными нарушениями (данный синдром может быть прелюдией не только к сосудистой деменции или ДТЛ, но и к БА) [24, 25].

Общие принципы лечения ПКС

Из определения ПКС следует, что те меры, которые предложены для УКР и легкой деменции, могут соответственно применяться и при ПКС.

Лечение УКР, прежде всего, строится на коррекции факторов риска кардио-цереброваскулярных заболеваний (коррекция артериальной гипертензии, гиперлипидемии, сахарного диабета, метаболического синдрома, гипергомоцистеинемии), отказ от курения, расширение физической активности, лечение сопутствующих заболеваний, особенно протекающих с хронической сердечной и дыхательной недостаточностью. Важное значение имеет отмена или снижение дозы препаратов, способных оказать негативное влияние на когнитивные функции, прежде всего с седативным и холинолитическим действием. При коррекции артериальной гипертензии у больных с когнитивными нарушениями необходима известная осторожность, особенно при двустороннем стенозе магистральных артерий головы или выраженном повреждении системы мелких мозговых сосудов (на что может указывать обширный лейкоареоз, множественные лакунарные очаги или микрокровоизлияния). У этой категории пациентов, по видимому, следует стремиться к стабилизации артериального давления на верхней границе нормы (систолическое давление должно поддерживаться на уровне 135–150 мм рт. ст.) [3, 12].

Применение статинов позволяет корректировать гиперлипидемию, снизить риск кардиоваскулярных и цереброваскулярных осложнений. Вместе с тем, несмотря на эпидемиологические данные, свидетельствующие о снижении риска деменции при длительном приеме статинов, и экспериментальные данные, указывающие на их способность улучшать перфузию мозга и противодействовать отложению в мозге амилоида, их эффективность в качестве средств профилактики деменции пока подтвердить не удалось.

У пациентов, перенесших инсульт или транзиторные ишемические атаки, а также имеющих выраженный атеросклеротический стеноз магистральных артерий головы или сосудистые очаги при КТ или МРТ, целесообразен длительный прием антиагрегантов (при коагулопатиях, постоянной форме мерцательной аритмии и других состояниях, связанных с высоким риском кардиогенной эмболии показан прием антикоагулянтов). Вместе с тем, способность антиромботической терапии предупреждать развитие не только ин-

сульта, но и деменции, доказать в контролируемых исследованиях пока не удалось.

У пациентов с атеросклеротическим стенозом сонных артерий при наличии легкого (но не тяжелого) когнитивного дефицита следует рассмотреть вопрос об оперативном лечении (каротидная эндартерэктомия, стентирование сонных артерий). Хотя в ряде исследований у пациентов с умеренным когнитивным расстройством отмечаются признаки окислительного стресса, роль антиоксидантов в предупреждении деменции остается неясной.

Важной задачей предупреждения деменции может быть формирование когнитивного резерва. Решение этой задачи достигается, прежде всего, адекватной умственной и физической нагрузкой, активной социальной деятельностью, методиками направленной нейропсихологической реабилитации, а также применением средств, усиливающих когнитивные функции.

Вместе с тем, в ряде контролируемых исследований показан как минимум краткосрочный эффект при УКР некоторых препаратов, в частности экстракт *Ginkgo biloba*, агониста дофаминовых рецепторов пирибедила. Препараты, относящиеся к группе рацетамов (пирацетам, фенилпирацетам) целесообразнее использовать в фазе восстановления после острых повреждений мозга, но не при хронических прогрессирующих заболеваниях [12].

При легкой деменции указанные выше подходы должны быть продолжены, дополняясь применением антидементных препаратов. В клинической практике антидементные препараты часто назначают пациентам, начиная со стадии УКР (off label), что является, на наш взгляд, не вполне корректным, поскольку нет доказательств, полученных в плацебо-контролируемых исследованиях, что эти препараты способны обеспечить долгосрочный эффект на этой стадии когнитивного снижения. В некоторых исследованиях действительно были получены данные, свидетельствующие о том, что применение ингибиторов холинэстеразы (ИХЭ) может давать симптоматический эффект у больных с УКР, который однако продолжается не более нескольких месяцев. Более того, этой возможности противоречат данные ряда исследований, продемонстрировавших усиление холинергической активности в мозге (возможно компенсаторного характера), по крайней мере, у части больных на этой стадии дегенеративного процесса. В последующем холинергическая активность снижается по мере развития деменции, что может быть скорректировано назначением ИХЭ. В ряде открытых исследований показан также благоприятный эффект длительного приема мемантина у пациентов с УКР [2, 4].

Возможности применения ницерголина в лечении переходного когнитивного синдрома

На данный момент нет убедительных доказательств способности какого-либо одного препарата предупредить деменцию или хотя бы замедлить ее развитие на стадии УКР. В связи с этим актуален поиск средств, которые могли бы быть эффективными при этом состоянии. Одним из возможных кандидатов на эту роль является ницерголин. Эффективность ницерголина установлена у пациентов с разной степенью когнитивных нарушений от легких до тяжелых, но наиболее убедительны доказательства при легком варианте сосудистого когнитивного расстройства. В одном из плацебо-контролируемых исследований оценка по MMSE за 3 месяца у пациентов с сосудистой деменцией в среднем увеличивалась на 2 балла, а у пациентов с БА — в среднем на 1 балл [7, 13, 34].

Ницерголин — полусинтетическое производное спорыньи, ингибирующее кальций/калмодулин-зависимую фосфодиэстеразу 1 типа и цГМФ-стимулируемую фосфодиэстеразу 2 типа. Кроме того, ницерголин активирует цАМФ-зависимую фосфодиэстеразу, которая обнаруживается в мышце сердца. Он блокирует кальций-зависимую АТФазу в головном мозге и неконкурентно ингибирует кальций-магний-зависимую АТФазу в головном мозге. Препарат действует на натрий-калиевую АТФазу и в высокой концентрации тормозит ее активность [38].

Основным механизмом терапевтического действия ницерголина является блокада альфа-адренорецепторов. Препарат способствует улучшению метаболических и гемодинамических процессов в головном мозге, снижению агрегации тромбоцитов и улучшению гемореологических показателей крови. Ницерголин помогает увеличению мозгового кровотока и потреблению кислорода, а также улучшению электроэнцефалограммы (ЭЭГ), особенно при гипоксическом и ишемическом синдромах. Препарат оказывает прямое воздействие на церебральные нейротрансмиттерные системы — норадренергическую, дофаминергическую и ацетилхолинергическую, что способствует оптимизации когнитивных процессов [36, 37].

Ницерголин применяется с 1970-х гг. [37] и в настоящий момент зарегистрирован в Российской Федерации для Симптоматической терапии когнитивных нарушений, в том числе деменции, при хронических цереброваскулярных и органических поражениях головного мозга, сопровождающихся снижением памяти, концентрации внимания, мышления, активности, повышенной утомляемостью, эмоциональными расстройствами. [36]. Первоначально ницерголин применялся при цереброваскулярных заболеваниях с расчетом усиления кровоснабжения мозга. Со временем появилась новая информация, свидетельствующая

о более сложном механизме действия препарата. В экспериментальных исследованиях на животных показано, что ницерголин способствовал восстановлению когнитивного дефицита и повышению продукции BDNF, способствовал регрессу возрастного холинергического дефицита, уменьшал окислительный стресс, воспаление и апоптоз [38].

Спектр действия ницерголина достаточно широк и включает в себя:

- усиление обмена норадреналина и дофамина в головном мозге;
- стимуляцию холинергической передачи за счет усиления высвобождения ацетилхолина из окончаний холинергических или путем селективного усиления активности холинацетилтрансферазы;
- стимуляцию инозиносфатного пути и протенкиназы-С;
- стимуляцию церебральной метаболической активности с усилением мозговой активности и метаболизма кислорода и глюкозы;
- нейропротективные и антиоксидантные свойства;
- антитромботическую активность через торможение фосфолипазы, таким образом влияние на процесс агрегации тромбоцитов [36–38].

Кохрейновский обзор 11 двойных слепых плацебо-контролируемых исследований от 2001 г. показал, что ницерголин может оказывать позитивный эффект на стадии легкой и умеренной деменции, способствуя улучшению когнитивных функций по MMSE длительностью от 6 до 12 месяцев [13]. По заключению авторов: «В данном обзоре продемонстрированы некоторые доказательства того, что ницерголин может быть полезен в лечении пациентов с деменцией и хроническими когнитивными расстройствами. Ницерголин относительно безопасен и прост в применении. Основная часть доказательств была получена при нарушениях цереброваскулярного происхождения, но до конца неясно, ограничивается ли эффект только этими патологическими состояниями.» [13]. Гериатрическая шкала клинической оценки Sandoz (SCAG) применялась чаще всего (814 пациент) для оценки конечных точек. Результаты исследований, в которых она применялась, были однородными по своему характеру и включали пациентов, наблюдавшихся в течение 2–12 месяцев. Показано положительное влияние ницерголина, которое клинически проявлялось уменьшением поведенческих симптомов, описываемых этой шкалой -5,18 балла [-8,03, -2,33]. Терапевтические эффекты ницерголина становились клинически значимыми через 2 месяца лечения и сохранялись в течение 6 месяцев.

Оценка Когнитивных функций с использованием шкалы MMSE проводилась у 261 па-

циента, а ADAS-Cog - у 342 пациентов. В этих исследованиях не наблюдалось значительной гетерогенности, несмотря на то, что длительность периода наблюдения составила от 3 до 12 месяцев. По шкале MMSE между группой наблюдения и контроля отмечена разница в пользу пациентов, получавших лечение ницерголином. На 12 месяцев терапии величина эффекта составила 2,86 [0,98, 4,74]. У пациентов с БА по шкале ADAS-Cog не было выявлено клинически значимого преимущества препарата (-1,64 [-4,62, 1,34]). Другие шкалы для оценки когнитивных функций, применяемые в исследованиях, вошедших в обзор, также продемонстрировали положительное влияние ницерголина, но они применялись у небольшого числа пациентов. В среднем больные получали 30 мг ницерголина 2 раза в день в течение полугода лет [13].

В систематическом обзоре и мета-анализе 29 исследований, в которые вошли в общей сложности около 2 500 пациентов в возрасте от 48 лет до 81 года было показано, что **частота прекращения терапии была ниже в группе ницерголина**, однако этот показатель не достигал статистической значимости как по отношению к плацебо — относительный риск [ОтнР] 0,92, 95 % ДИ 0,7-1,21 ($p = 0,57$), так и по отношению к прочим вариантам терапии — ОтнР 0,45, 95 % ДИ 0,10-1,95 ($p = 0,28$). Авторами отмечалась тенденция к несколько большей частоте нежелательных реакций в целом в группе ницерголина — ОтнР 1,05, 95 % ДИ 0,93-1,2 ($p = 0,42$), но **встречаемость серьезных НР**, наоборот, на фоне применения ницерголина **была меньше** — ОтнР 0,85, 95 % ДИ 0,50-1,45 [14].

Результаты исследования Huang P. и Xu M. показали, что применение ницерголина в комбинации с донепезила гидрохлоридом может способствовать улучшению когнитивных функций у пациентов с болезнью Альцгеймера, оцениваемые по шкале MMSE и ADAS-cog, снижению выработки нейротоксических веществ окиси азота (NO) и эндотелина (ET) и помочь в улучшении способности пациентов к повседневной жизнедеятельности при благоприятном профиле безопасности [39]. У больных с болезнью Паркинсона и деменцией применение ницерголина сопровождалось некоторым улучшением выполнения когнитивных тестов и усилением мозгового кровотока по данным ОФЭКТ [15, 26, 34].

Следует отметить, что профиль безопасности ницерголина соответствует плацебо. При этом не отмечено ни одного случая фиброза или эрготизма, часто отмечаемых при приеме производных спорыньи [14]. Таким образом, безопасность ницерголина и способность улучшать состояние пациентов с легкими и умеренными стадиями

деменции, а также предметными когнитивными нарушениями на фоне сосудистого или органического поражения головного мозга, делает его приемлемым кандидатом для применения у больных с ПКС.

Литература

1. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение. Рус. мед. журн. 2004; 10: 577-6.
2. Левин О.С., Голубева Л.В. Гетерогенность умеренного когнитивного расстройства: диагностические и терапевтические аспекты. Консилиум. 2006; 12: 106-10.
3. Левин О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике.// М., «МЕДпресс-информ».-2010.-255 с.
4. Левин О.С., Васенина Е.Е., Ганькина О.А. Диагностика и лечение умеренного когнитивного расстройства Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2014. № 4. С. 4-9.
5. Левин О.С., Васенина Е.Е., Сонин А.Г. Возможность использования шкалы быстрой оценки деменции в клинической практике: результаты многоцентрового проспективного исследования. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Т. 118. № 10. С. 40-47.
6. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б., Коберская Н.Н., Мхитарян Э.А. Деменции.// М., «МЕДпресс-информ».-2011.-264 с.
7. Battaglia A., Bruni G., Ardia A., and Sacchetti G., Nicergoline in mild to moderate dementia. A multicenter, double-blind, placebo-controlled study. Journal of the American Geriatrics Society, vol. 37, no. 4, pp. 295–302, 1989.
8. Cheng YW, Chen TF, Chiu MJ. From mild cognitive impairment to subjective cognitive decline: conceptual and methodological evolution. Neuropsychiatr Dis Treat 2017;13:491–498.
9. Clem MA, Holliday RP, Pandya S, Hynan LS, Lacritz LH, Woon FL. Predictors that a diagnosis of mild cognitive impairment will remain stable 3 years later. Cogn Behav Neurol 2017;30(01):8–15
10. Edmonds EC, McDonald CR, Marshall A et al. Early versus late MCI: Improved MCI staging using a neuropsychological approach. Alzheimers Dement. 2019 May;15(5):699-708.
11. Farias ST, Mungas D, Reed BR, Harvey D, DeCarli C. Progression of mild cognitive impairment to dementia in clinic- vs community- based cohorts. Arch Neurol 2009;66(09):1151–1157
12. Fink HA, Jutkowitz E, McCarten JR, et al. Pharmacologic interventions to prevent cognitive decline, mild cognitive impairment, and clinical Alzheimer-type dementia: a systematic review. Ann Intern Med 2018;168(01):39–51.
13. Fioravanti M. and Flicker L. Efficacy of nicergoline in dementia and other age associated forms

- of cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 4, Article ID CD003159, 2001.
14. Fioravanti M., Nakashima T., Xu J., and Garg A. A systematic review and meta-analysis assessing adverse event profile and tolerability of nicergoline. *BMJ Open*, vol. 4, no. 7, Article ID e005090, 2014.
 15. Giardino L., Giuliani A., Battaglia A et al. Neuroprotection and aging of the cholinergic system: a role for the ergoline derivative nicergoline (Sermion). *Neuroscience*, vol. 109, no. 3, pp. 487–497, 2002.
 16. Giovanetti T, Bettcher BM, Brennan L, Libon DJ, Burke M, Duey K, et al. Characterization of everyday functioning in mild cognitive impairment: A direct assessment approach. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2008;25:359–365.
 17. Jak AJ, Bondi MW, Delano-Wood L et al. Quantification of five neuropsychological approaches to defining mild cognitive impairment. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 17(5), 368–375 (2009).
 18. Jessen F, Wolfsgruber S, Wiese B et al. AD dementia risk in late MCI, in early MCI, and in subjective memory impairment. *Alzheimers Dement.* doi:10.1016/j. jalz.2012.09.017 (2013) (Epub ahead of print).
 19. Koepsell TD, Monsell SE. Reversion from mild cognitive impairment to normal or near-normal cognition: risk factors and prognosis. *Neurology* 2012;79(15):1591–1598
 20. Langa KM, Levine DA. The diagnosis and management of mild cognitive impairment: a clinical review. *JAMA* 2014;312(23): 2551–2561
 21. Loewenstein DA, Greig MT, Schinka JA et al. An investigation of PreMCI: subtypes and longitudinal outcomes. *Alzheimers Dement.* 8(3), 172–179 (2012).
 22. Mitchell AJ, Shiri-Feshki M. Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia—meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta. Psychiatr.Scand.* 119(4), 252–265 (2009).
 23. Mitchell AJ. A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment. *J. Psychiatr. Res.* 43(4), 411–431 (2009).
 24. Mitchell AJ. The clinical significance of subjective memory complaints in the diagnosis of mild cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 23(11), 1191–1202 (2008).
 25. Morris JC. Revised criteria for mild cognitive impairment may compromise the diagnosis of Alzheimer disease dementia. *Arch. Neurol.* 69(6), 700–708 (2012).
 26. Nappi G., Bono G., Merlo P. et al.. Long-term nicergoline treatment of mild to moderate senile dementia. *Clinical Drug Investigation*, vol. 13, no. 6, pp. 308–316, 1997.
 27. Pernecky R, Pohl C, Sorg C, et al. Complex activities of daily living in mild cognitive impairment: conceptual and diagnostic issues. *Age Ageing.* 35(3), 240–245 (2006).
 28. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 1999;56(03):303–308.
 29. Petersen RC. Clinical practice. Mild cognitive impairment. *N. Engl. J. Med.* 364(23), 2227–2234 (2011).
 30. Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J. Intern. Med.* 256(3), 183–194 (2004).
 31. Petersen RC. Mild cognitive impairment. *Continuum (Minneapolis Minn)* 2016;22(2 Dementia):404–418.
 32. Resberg B, Ferris SH, de Leon MJ, et al. Stage-specific behavioral, cognitive, and in vivo changes in community residing subjects with age-associated memory impairment (AAMI) and primary degenerative dementia of the Alzheimer type. *Drug Dev Res* 1988; 15:101–114.
 33. Sachdev PS, Lipnicki DM, Crawford J, et al; Sydney Memory, Ageing Study Team. Factors predicting reversion from mild cognitive impairment to normal cognitive functioning: a population-based study. *PLoS One* 2013;8(03):e59649.
 34. Saletu B., Paulus E., Linzmayer L. et al. Nicergoline in senile dementia of Alzheimer type and multi-infarct dementia: a double blind, placebo controlled, clinical and EEG/ERP mapping study. *Psychopharmacology*, vol. 117, no. 4, pp. 385–395, 1995.
 35. Winblad B, Palmer K, Kivipelto M et al. Mild cognitive impairment—beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J. Intern. Med.* 256(3), 240–246 (2004).
 36. Инструкция по медицинскому применению препарата Сермион таблетки, покрытые оболочкой 5,10 мг П N011253/01; 30 мг П N012181/01
 37. Winblad B, Fioravanti M, Dolezal T, Logina I, Milanov IG, Popescu DC, Solomon A. Therapeutic use of nicergoline. *Clin Drug Investig.* 2008;28(9):533–52. doi: 10.2165/00044011-200828090-00001
 38. Sanders O, Rajagopal L. Phosphodiesterase Inhibitors for Alzheimer’s Disease: A Systematic Review of Clinical Trials and Epidemiology with a Mechanistic Rationale. *J Alzheimers Dis Rep.* 2020 Jun 16;4(1):185–215. doi: 10.3233/ADR-200191.
 39. Huang P., Xu. M. Clinical Trial of Donepezil Combination with Nicergoline in the Treatment of Alzheimer’s Disease. Available at: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.16120>

А. Грин. Крысолов. Попытка патографического анализа текста

Кравченко Н.Е.

*Бродячие крысы — о, горе! —
На нас накинута вскоре.
От них никуда не спрячемся мы,
Они наступают, их тьмы и тьмы.*

Г. Гейне
Перевод В. Левика



Есть писатели, с которыми, познакомившись в отрочестве, невозможно расстаться всю жизнь. Их хочется периодически перечитывать, их произведения глубоки, многослойны, красивы. К таким писателям с полным основанием можно отнести и Александра Грина.

Александр Степанович Гринеvский (Александр Грин) родился в Вятке в 1880 году. Он рано осиротел, мать умерла, когда мальчику было 13 лет. После окончания училища в 17 лет он уезжает в Одессу, чтобы наняться матросом, путешествовать. Александр был грузчиком, землекопом, маляром, рыбаком, золотоискателем, лесорубом. За революционную деятельность его неоднократно арестовывали, отправляли в ссылку, однажды он несколько месяцев про-

вел в лепрозории. Он жил в тяжелое время, ему приходилось сталкиваться с нищетой, голодом, грубостью и жестокостью. Но при этом он смог сохранить нежную, влюбленную в красоту и исполненную юношеского романтизма душу, которая как восхитительная музыка переживается читателем, погружающимся в его произведения. Прекрасные девушки и юноши, необыкновенные вымышленные города и страны, любовь, которая продолжается всю жизнь, и прекрасный конец — «они жили долго и счастливо и умерли в один день» — это юношеское переживание жизни, сбывающиеся подростковые мечты о необыкновенной встрече и вечной любви. Тяжелые жернова жизни не смогли перемолоть его душу. Каким образом смог Грин сохранить в душе такое юношеское восприятие и надежды? Это остается неразгаданной тайной его души. Умер Александр Грин 8 июля 1932 года от рака легких. Накануне смерти он исповедовался и причастился, испытывая ко всем (по словам самого писателя) безмерную любовь.

Патографию, по свидетельству причастных к ней авторов, можно определить, как метод популяризации психиатрических знаний. И.Е. Сироткина, выделяя патографию как особый жанр, писала, что он привлекает к себе внимание тех врачей, которые пытаются выйти за узкопрофессиональные рамки и участвовать в культурном процессе. Однако, по мнению И.Е. Сироткиной, а также других специалистов, критикующих патографические изыскания, написанная как история болезни биография волей-неволей стигматизирует деятеля искусства, творческого человека, закрепляя за ним уничижающий ярлык душевной болезни, и в результате, нарушая все врачебные этические нормы. В.Д. Менделевич, справедливо указывая на недопустимость «медикализации жизни» и использования психиатрического подхода в оценке

творчества, в итоге приходит к выводу о психическом здоровье художника-акциониста Павленского, и утверждает в мысли, что акционизм — «самая адекватная форма неклассического искусства».

С нашей точки зрения, психиатр профессионал просто не может не видеть патологию в случаях, где она имеет место, но говорить о ней публично (в патографических очерках) должен с известной долей осторожности, не сводя личность творца и плоды его трудов исключительно к болезни. Человеческая личность, являясь иконой Творца, неисчерпаема и всегда намного больше и выше того, что её изменяет и причиняет страдания (психическая болезнь). Кто-то сказал, что человек уходит из этого мира невысказанным, и с этим нельзя не согласиться. Произведение талантливого деятеля искусства всегда является такой попыткой высказаться о своей душе, картине мира, глобальных смыслах бытия.

В своей книге «Творчество и психическое здоровье. Размышления клинициста» (2016) выдающийся психиатр и тонкий психопатолог, директор Научного центра психического здоровья академик Александр Сергеевич Тиганов написал, что данный труд, прежде всего, — попытка понять, связать с характером заболевания и еще раз восхититься творчеством пораженных психическим недугом гениев, создавших шедевры и проложивших новые пути в искусстве. В главе, посвященной А.С. Грину, он отмечает, что очерченные и затяжные депрессии занимали значительное место в жизни писателя и располагали к созданию произведений меланхолического содержания, склонность к употреблению алкоголя носила у него вторичный характер — в виде дипсоманий, развивающихся в картине депрессий. Наряду с депрессиями у писателя отмечались психопатоподобные эквиваленты маниакальных состояний, а подтверждающими это диагностическое суждение А.С. Тиганов считает описанные биографами писателя периоды «богемного» образа жизни, со склонностью к легкомысленным поступкам, беззаботностью и безудержной веселостью. Динамика аффективных расстройств в дальнейшем, в частности, в последние годы жизни, характеризовалась возникновением психопатологически сложных смешанных состояний — появлением в структуре аффективных приступов дисфории и присоединением расстройств более тяжелых регистров. По мнению А.С. Тиганова, не исключается возможное начало биполярных расстройств уже

в детском возрасте, на что указывают неуправляемое поведение в школьные годы, сложная адаптация к условиям жизни, плохая успеваемость. В заключение подчеркивается, что талантливое, необычное, разнообразное и сложное для анализа творчество определяет Александра Степановича Грина как «рыцаря мечты», верующего в жизнь и лучшее будущее.

В настоящей работе предпринимается попытка анализа с психиатрических позиций одного из известных рассказов писателя. По словам К. Ясперса, работы, созданные во время обострения психического расстройства, могут иметь некие специфические характеристики, свидетельствующие о изменении в этот период восприятия. (К. Ясперс. «Стриндберг и Ван Гог»). Несомненно, что это всего лишь тонкий и не являющийся основным «пласт» многослойного и сложного философского произведения.

Рассказ «Крысолов» впервые был опубликован в 1924 году в журнале «Новая Россия». Можно сказать, что он написан в жанре мистической новеллы в стиле хоррор: мотивы сверхъестественного и необычного вплетаются в ткань повседневной и обыденной жизни, наряду с видимой действительностью существует таинственный и необъяснимый, скрытый от взгляда иной мир. В процессе повествования происходит постепенная перемена реальности, нагнетание напряженности, возникновение необъяснимых событий, рождающих тревогу, страх и растерянность. Рассказ ведется от первого лица и начинается с описания мрачного постреволюционного Петербурга. Одиноким, голодным и замерзшим молодой человек выходит на разрушенный Сенной рынок, чтобы продать последнее, что у него есть — книги. Начинаясь мрачная эпоха разрушения привычных ценностей и потери моральных ориентиров. Уже весна, но «холод и мокрый снег, валивший над головами толпы вдали тучами белых искр, придавали зрелищу отвратительный вид. Усталость и зябкость светились во всех лицах». На этом пасмурном фоне происходит мимолетная встреча с незнакомкой, девушкой по имени Сузи, которая очаровала героя естественностью и простотой. Он записывает на обложке книги ее телефон, но вскоре теряет и забывает его. Позже, вспоминая о встрече и размышляя о зарождающейся любви, герой отмечает, что «подлинный случай, закованный в безмятежную простоту естественно верного тона, какого жаждем мы на каждом шагу всем сердцем, всегда

полон очарования». Далее упоминается тяжелая болезнь героя (тиф), госпитализация в инфекционное отделение, горячечный бред, последующая астения и длительная мучительная агрипния. В итоге он остается неприкаянным, потерявшим кров, без еды, ему приходится поселиться в пустующем помещении Центрального Банка. Особый антураж помещения банка вызывает ощущение нереальности и фантастичности происходящего. В поисках ночлега он долго бродит по пустым лабиринтам коридоров и засыпанным бумагами одинаковым, безлюдным и громадным комнатам, ощущая таящуюся кругом опасность. В процессе этого блуждания постепенно происходит смена реальности на иную — инфернальную, угрожающую, подземную и вход в иное временное пространство — застывшее пространство мертвого прошлого, ему кажется, что он бродит «в прошлых столетиях, обернувшись нынешним днем». В этих бесконечных лабиринтах, где «все шорохи, гул шагов и даже собственное мое дыхание звучали как возле самых ушей», возникает переживание постороннего присутствия. В конце концов, голодный и измученный он натывается на шкаф, забитый дорогой посудой, едой и напитками, и вспоминает девушку, которая «оставила, исчезнув, след, подобный полосе блеска воды, бегущей к закату». Герой пытается позвонить ей по молчащему испорченному телефону, не помня её номера. Она, несмотря на краткость знакомства, незабываема и духовно близка ему: «тогда из-за стен встал ясно, как молодая луна, образ той девушки». В этот момент начинают происходить фантастические события. Неожиданно случается необъяснимое: он услышал в трубке неработающего телефона зум и «как из внезапно открытой двери, резкие голоса, напоминающие болтовню граммофонной трубы», затем, голос телефонистки, давшей правильный телефонный номер Сузи, и, наконец, голос ответившей ему девушки, которая сообщила ему свой адрес. Далее раздался звук приближающихся шагов, и «призраки вошли в тьму»: женский голос, смех, призыв, за которым герой послушно следовал и «различал голоса, восклицания». «К этим звукам начинающегося неведомого оживления присоединился звук настраиваемых инструментов; резко пильнула скрипка; виолончель, флейта и контрабас протянули вразброд несколько тактов, заглушаемых передвиганием мебели». Он слышал оркестр и заглушаемые им голоса, которые долетали до героя «в оболочке своего смысла», «некоторые фразы напоминали ржание, иные —

жестокий визг; увесистый деловой хохот перемешивался с шипением», так он становится свидетелем собрания, на котором некий «Избавитель» приговаривает к смерти какого-то Крысолова. Описывается, как герой догадывается, что это отец девушки, что необходимо срочно предупредить её о грозящей опасности, далее, будучи нечаянно обнаруженным, он бросился бежать, чувствуя за собой погоню. Ему удается выбраться из бесконечных тупиков, зеркально повторяющихся пространств, из будто бы заколдованного ужасного помещения Банка. Но на улице пред-рассветного Петербурга происходят странные встречи сначала с ребенком, затем с пытающейся его задержать девушкой, напоминающей Сузи, но их облик внезапно меняется на незнакомый, страшный, крысиный. Он продолжает бежать, и в полном изнеможении останавливается у дома Крысолова и его дочери Сузи. Все воспринималось как во сне, фрагментарно, из-за страшной усталости и провалов памяти он смутно воспринимает происходящее. Оказывается, что опасная крыса редкой породы, иронично названная Крысоловом «Избавителем», была поймана и убита. Понимание настоящего положения вещей происходит внезапно, после прочтения древней книги, в которой сказано, что крысы — «коварные и мрачные существа ... владеют силами человеческого ума», что они могут «изменять свой вид, являясь, как человек, с руками и ногами, в одежде, имея лицо, глаза, и движения подобные человеческим», и что они «обманывают блеском своих одежд и мягкостью речи». После этого, несколько суток не спавший, герой погружается в глубокий сон, мечтая завоевать доверие девушки. На этом рассказ заканчивается. «И более — ни слова об этом».

Проведенный психопатологический анализ особенностей поведения и переживаний героя рассказа «Крысолов» позволяет высказать предположение, что в рассказе описана острая психотическая вспышка. Бредовое состояние у героя возникает на фоне голодания, длительной агрипнии и выраженной астении, связанной с перенесенным инфекционным заболеванием, психоз развертывается относительно быстро, начинаясь с измененного аффекта — тревожного ожидания каких-то событий. Окружающее изменяется, становится непонятным, возникает чувство присутствия чего-то неопределенно-угрожающего. Телефонный аппарат молчит, но зум слышен, на этом фоне появляются какие-то звуки, гул невнятных «голосов» (функциональ-

ные галлюцинации); прислушиваясь, герой слышит уже множество «голосов», которые переговариваются между собой, затем появляются отчетливые вербальные галлюцинации — звук «голоса» телефонистки, которая «подсказывает» нужный номер, и происходит нечто невозможное и мистическое — по телефону, который не работает, он «слышит ответ» знакомой девушки. Атмосфера постепенно накаляется, он чувствует приближение опасности, сначала это отдаленный звук шагов, затем «голос», которому он бездумно подчиняется, увлекает его вглубь темного пространства коридоров. Затем присоединяются зрительные обманы восприятия. Он «видит» фантастическое собрание, перемещение странных людей, «слышит» их разговор и пугающие слова о приезде некоего «Избавителя» и приговоре Крысолову, оказывающемуся отцом девушки, к которой он равнодушен. Мотивом поведения героя является попытка спасения, он вовлечен в борьбу добра и зла, продолжая участвовать в фантастических событиях, встречает на пути странных и изменяющих облик людей — ребенка, затем девушку, похожую на Сузи, но «разгадывает» их враждебную сущность (синдром интерметаморфоза). В дальнейшем, после встречи с Крысоловом и прочтения некой древней книги остро возникает прозрение о том, что произошло: он был окружен не людьми, а оборотнями-крысами, принявшими человеческое обличье (кристаллизация бреда). Сохраняется уверенность в реальности бредового понимания происходящего, далее, после многодневной бессонницы, он погружается в глубокий сон.

О нозологии данного эпизода судить трудно, но можно отметить некоторые признаки экзогенного типа реакции (по К. Бонгефферу): психотическое состояние было непродолжительным (сутки), развилось остро на фоне соматического неблагополучия и агрипнии, завершилось этапом длительного сна.

Подводя итог, можно заключить, что писатель, сам перенесший тяжелое заболевание тифом, во время болезни, по-видимому, пережил подобное острое душевное расстройство, проявления которого интерпретировал по-своему в мистическо-философском смысле и позже использовал психотический опыт в этом рассказе. Однако несомненно, что само великолепное произведение не является следствием психической патологии, но символическим истолкованием легенды о Крысолове. Как писал Л.В. Карасев (2001), во время прочтения «мы ... меняем наше понимание, наше отношение к повествованию. Пространство текста расширяется, углубляется, становится более многомерным». По-своему интерпретированная легенда о Крысолове, касается глобальных проблем бытия, привлекающих внимание писателя, — непрерывной духовной борьбы со злом, которое может воплощаться, обнаруживаясь в поведении некоторых людей, становящихся подобными нечистым животным (крысам). «В мыслях у них, что дома их вечны, что жилища их в род и род», они при жизни «ублажают душу свою», «надеются на множество богатства своего», «благоденствуют в веке сем» и «укрепляются в злодействе своем», но, в конце концов, «смирят их от века Живущий, потому что нет в них перемены».

Присоединяйтесь к порталу
VIATRIS CONNECT

Компания VIATRIS приглашает Вас присоединиться к **VIATRISCONNECT** – универсальному portalу для медицинских специалистов.



Зарегистрируйтесь прямо сейчас!

1. Перейдите по ссылке: www.viatrixconnect-ru.com или отсканируйте QR-код
2. Нажмите на кнопку «Зарегистрироваться»

НА ПОРТАЛЕ ДЛЯ ВАС БУДУТ ДОСТУПНЫ:



Информация
по препаратам
Viatris



Вебинары,
конференции,
конгрессы



Медицинские
новости



Информация по
терапевтическим
направлениям