

# Современная терапия в психиатрии и неврологии

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

- ▶ Особенности шизофрении у детей
- ▶ Депрессия и вегето-сосудистая дистония
- ▶ "Что я делаю, когда болеваю..."
- ▶ Рассказ А.П. Чехова "Человек в футляре" — комментарий практикующего психиатра

<http://logospress.ru>

№ 3-4/2022



## 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**Захаров В.В.** – д.м.н., профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 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»

№ 3–4, 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: 111250, Москва,  
ул. Красноказарменная, 12  
e-mail: info@logospress.ru  
http://logospress.ru  
Тел.: +7/495/220-48-16

Тираж: 20 000 экз.

## ПСИХИАТРИЯ

Особенности шизофрении у детей:

клиника и терапия / Features of schizophrenia  
in children: clinic and therapy.....4*Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Головина А.Г.,  
Блинова Т.Е., Никитина С.Г., Коваль-Зайцев А.А. /  
Balakireva E.E., Kulikov A.V., Golovina A.G., Blinova T.E., Nikitina  
S.G., Koval-Zaitsev A.A.*Комплексная клинико-психологическая оценка  
эмоциональной сферы девочек-подростков  
с нарушениями пищевого поведения при психической  
патологии / Comprehensive clinical and psychological  
assessment of the emotional sphere of adolescent  
girls with eating disorders in mental pathology.....11*Балакирева Е.Е., Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А.,  
Зверева М.В. / Balakireva E.E., Zvereva N.V.,  
Koval-Zaitsev A.A., Zvereva M.V.*Специфика когнитивного дизонтогенеза у пациентов  
с детским аутизмом и шизофренией в детском  
возрасте / The specifics of cognitive dysontogenesis  
in patients with childhood autism and schizophrenia  
in childhood.....17*Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г., Куликов А.В.,  
Балакирева Е.Е. / Koval-Zaitsev A.A., Nikitina S.G.,  
Kulikov A.V., Balakireva E.E.*Острые психотические расстройства у девушек-  
подростков, госпитализированных бригадами скорой  
психиатрической помощи / Acute psychotic disorders  
in adolescent girls hospitalized by emergency  
psychiatric teams.....25*Кравченко Н.Е., Зикеев С.А. / Kravchenko N.E., Zikeev S.A.*

## ПСИХОТЕРАПИЯ

«Что я делаю, когда заболеваю ...»:

BE-APB тест, определяющий индивидуальную  
готовность к действию в случае заболевания /  
«What do I do when I get sick ...»: BE-APB test that  
determines individual readiness for action in case  
of illness.....29*Семенова Н.Д., Юсупова С.Ш. / Semenova N.D., Yusupova S.Sh.*

## ПСИХООБРАЗОВАНИЕ

Рассказ А.П. Чехова «Человек в футляре».

Комментарий практикующего психиатра.....39

*Максимов В.И.*

## КОНФЕРЕНЦИИ И КОНГРЕССЫ

Подходы к диагностике и лечению депрессии  
в сочетании с вегето-сосудистой дистонией.....49*По материалам Симпозиума «Диагнозы-заблуждения в не-  
врологии» в рамках конференции. 6-е Шульмановские чтения  
«Неврология в ошибках и заблуждениях: от истоков к современ-  
ности» (29–30 ноября 2022 г., Москва). Спикер — Артемьев Д.В.*

# Особенности шизофрении у детей: клиника и терапия

**Е.Е. Балакирева<sup>1</sup>,**

канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник, и.о. зав. отделом детской психиатрии (balakirevalena@yandex.ru)

**А.В. Куликов<sup>1</sup>,**

канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела детской психиатрии (tstakul@mail.ru).

**А.Г. Головина<sup>1</sup>,**

д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник, и.о. зав. отделом по изучению проблем подростковой психиатрии

**Т.Е. Блинова<sup>1</sup>,**

младший научный сотрудник отдела детской психиатрии

**С.Г. Никитина<sup>1</sup>,**

младший научный сотрудник отдела детской психиатрии (nikitina.svt@mail.ru)

**А.А. Коваль-Зайцев<sup>1</sup>,**

канд. психол. наук, ведущий научный сотрудник отдела детской психиатрии (koval-zaitsev@mail.ru)

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

Несмотря на многочисленные работы по изучению и лечению детской шизофрении, данный вопрос остается недостаточно изученным. Существует множество методов и подходов к лечению данного заболевания. Тем не менее, следует придерживаться единого подхода в терапии больных, комплексном использовании медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, использовать «мульти-modalность» с участием команды специалистов (врачей-психиатров, врачей-педиатров, неврологов, медицинских психологов, логопедов, педагогов). Основными показателями эффективности проводимой терапии являются быстрота развития и стойкость эффекта, а также безопасность терапии. Основными критериями эффективности проводимого лечения являются данные клинического обследования и наблюдения за поведением больного, позволяющие выявить динамические характеристики поведения, коммуникативных функций, эмоционального реагирования, когнитивных нарушений.

**Ключевые слова:** детский возраст, шизофрения, психофармакотерапия, реабилитация.

## Features of schizophrenia in children: clinic and therapy

**E.E. Balakireva<sup>1</sup>,**

Candidate of Medical Sciences, Head of the Department, Lead Researcher of the Department of Child Psychiatry (balakirevalena@yandex.ru)

**A.V. Kulikov<sup>1</sup>,**

Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher of the Department of Child Psychiatry (tstakul@mail.ru)

**A.G. Golovina<sup>1</sup>,**

Doctor of Medical Science, Head of the Department, Lead Researcher of the Department of the study of problems of adolescent psychiatry

**T.E. Blinova<sup>1</sup>,**

Junior Researcher of the Department of Child Psychiatry

**Nikitina S.G<sup>1</sup>,**

Junior Researcher of the Department of Child Psychiatry (nikitina.svt@mail.ru)

**A.A. Koval-Zaitsev<sup>1</sup>,**

Candidate of Psychological Sciences, Lead Researcher of the Department of Child Psychiatry (koval-zaitsev@mail.ru)

<sup>1</sup> Federal State Budgetary Scientific Institution Mental Health Research Center (Kashirskoe shosse, 34, Moscow, 115522).

Despite numerous works on the study and treatment of childhood schizophrenia, this issue remains insufficiently studied. There are many methods and approaches to the treatment of this disease. Nevertheless, it is necessary to adhere to a unified approach in the treatment of patients, the complex use of medicinal and non-medicinal methods of treatment, use "multimodality" with the participation of a team of specialists (psychiatrists, pediatricians, neurologists, medical psychologists, speech therapists, teachers). The main indicators of the effectiveness of the therapy are the speed of development and

persistence of the effect, as well as the safety of therapy. The main criteria for the effectiveness of the treatment are the data of clinical examination and observation of the patient's behavior, which allow identifying dynamic characteristics of behavior, communicative functions, emotional response, cognitive impairment.

**Keywords:** childhood, schizophrenia, psychopharmacotherapy, rehabilitation.

## ВВЕДЕНИЕ

Шизофрения — одна из центральных проблем современной психиатрии. Распространенность ее составляет от 0,3 до 2,0 %, первичная заболеваемость — от 0,3 до 1,2 % [7]. Больные шизофренией занимают около 50 % коек в психиатрических стационарах; они также являются основным контингентом при предоставлении амбулаторной психиатрической помощи [1, 3]. Шизофрения является весомым бременем для общества: в общем списке экономических потерь от болезней ВОЗ, рассчитанном с использованием индекса DALYs (Disability-Adjusted Life Year), в возрастной группе от 15 до 44 лет шизофрения занимает 8 место (2,6 %), опережая ишемическую болезнь сердца, цереброваскулярную болезнь и медицинские последствия войн. Прямые экономические затраты, связанные с ней, составляют 0,2–0,25 % ВВП, косвенные оцениваются, как минимум, втрое выше [6].

Шизофрения в детском возрасте (ШД) — вариант прогрессивного психического расстройства, характеризующийся дисгармоничностью и утратой единства психических функций, неспецифическими продуктивными симптомами, стойкими негативными проявлениями в виде нарушений мышления, обеднения эмоциональной сферы, аутизации, снижения познавательной активности, ведущие к грубому нарушению психического развития, формированию типичного для ШД когнитивного дефекта. Шизофрения у детей развивается на фоне патологического формирования мозговых структур, дизонтогенетического развития физиологических и психических функций ребенка, что определяет возрастную динамику симптоматики, структуру дефекта. Этиология и патогенез ШД, несмотря на многолетние исследования, достоверно не известны, предполагаются мультифакторные причины развития заболевания, включающие сложный комплекс биологиче-

ских (генетических, дизнейроонтогенетических, нейрохимических, иммунологических) и психосоциальных детерминант [14, 15, 19]. При этом, определенный с помощью мета-анализа данных вклад отдельных факторов неодинаков и корректная оценка его возможна пока лишь для больших когорт, но не для отдельных пациентов [19]. Эпидемиологический показатель общей распространенности шизофрении составляет около 0,5–1 % в популяции (примерно в 4 % всех случаев шизофрения начинается до 15-летнего возраста, при этом, лишь у 1 % больных — до 10 лет). Половые различия обнаруживаются в соотношении заболевших мальчиков и девочек: в пределах 2 : 1 – 3,2 : 1 в возрасте до 10 лет и 1,5 : 1 в возрасте от 11 до 17 лет [10]. При этом эпидемиологические данные, полученные в последние годы, в том числе, и отечественными исследователями, немногочисленны. Ряд работ демонстрирует изменения в представленности различных форм шизофрении у лиц, не достигших взрослости при общем постоянстве показателей болезни в целом, а также различия в ее диагностике при прослеживании болезни в динамике [5, 9], что делает особенно значимым обсуждение проблемы эндогенно-процессуального заболевания, начавшегося в детстве. В современных научных концепциях доминируют представления о единстве детской и взрослой шизофрении, поэтому выделяемые в МКБ-10 формы шизофрении в равной степени применимы для взрослых и детей. Согласно МКБ-10, для диагностики определенной формы заболевания должны выявляться общие критерии шизофрении и в дополнение к ним:

- доминирование галлюцинаторных голов и/или бреда — при параноидной форме;
- грубые нарушения мышления, эмоций, дурашливость — при гебефренической форме;

– кататонические симптомы — при кататонической форме;

– преобладание негативных симптомов при резидуальной форме;

– негативные симптомы и трансформация личности при простой форме.

В МКБ-10 (1994) детская форма шизофрении не выделяется. Постановка диагноза основывается на диагностических критериях шизофрении, характерной для взрослых с учетом возрастных особенностей детской шизофрении. В процессе адаптации МКБ-10 в РФ (1999) был введен дополнительный раздел — «шизофрения (детский тип)» — F20.8xx3 (что не идентично шизофрении с началом в детском возрасте, особенно, с учетом тенденции к более раннему возникновению «взрослой» шизофренической симптоматики на этапе взросления [4]. Многолетние исследования, проводимые в РФ и во всем мире [2, 13], свидетельствуют об устойчивости течения злокачественной шизофрении у детей с непрерывным и приступообразно-прогредиентным типом течения на протяжении жизни пациентов. Эта рубрика включает случаи шизофрении, манифестирующей в детском возрасте, характеризующиеся специфическим возрастным своеобразием и полиморфизмом клинической картины, в том числе формы, возникающие в раннем детстве, характеризующиеся выраженным дефектом олигофреноподобного типа [8]. Возрастные особенности обусловлены взаимодействием прогредиентного шизофренического процесса с его «деструктивной тенденцией» и наступающих под его влиянием нарушений развития ребенка (дизонтогенеза).

Продуктивные расстройства при ШД подразделяются на 2 группы:

1) Симптомы и синдромы, типичные для шизофрении любого возраста (кататонические, гебефренические, галлюцинаторные, бредовые, психопатоподобные, аффективные и др.), имеющие у детей и подростков, присущие конкретному возрастному периоду особенности, отличаются фрагментарностью, рудиментарностью, незавершенностью отдельных компонентов и всего синдрома в целом, по-

лиморфизмом, транзиторностью и изменчивостью;

2) Синдромы, предпочтительные для детей (страхи с вычурной фабулой / нетипичные для данного возраста, фантазии, нарушения речи) и подростков (дисморфические расстройства, приобретающие свойства не только сверхценных, но и бредовых психопатологических образований, психопатоподобные симптомокомплексы), видоизменены шизофреническим процессом и атипичны по сравнению с признаками подобного круга у детей с иными психическими заболеваниями.

Симптомы шизофренического дефекта у больных сосуществуют с проявлениями продолжающегося на фоне заболевания, но искаженными эндогенным процессом особенностями психофизического созревания. Так, при злокачественной ШД в симптоматике дефекта, наряду с чертами специфического эмоционально-волевого поражения, выступают явления психического недоразвития, напоминающие интеллектуальный дефицит при умственной отсталости — так называемый «олигофреноподобный» дефект.

### ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Оптимальной является курация в рамках единого подхода к терапии больных, цель которого — достижение максимально возможного восстановления и общего развития пациентов детско-подросткового возраста, страдающих шизофренией. Комплексное применение медикаментозных и немедикаментозных методов лечения (дефектологическая, психологическая, педагогическая, нейропсихологическая коррекция) является одним из основополагающих принципов ведения больных ШД.

В зависимости от ведущего психопатологического синдрома / синдромов, его / их структуры, а также выраженности, акцент в проведении мультидисциплинарных терапевтических мероприятий смещается в сторону либо преимущественно медикаментозной терапии, либо коррекционно-педагогической и психотерапевтической составляющих комплексного лечения.

**Принципы терапии:**

1. *Политаргетный* (персонализированный) подход с учетом установленной или предполагаемой этиологии, всех звеньев патогенеза, клинических составляющих заболевания, наличия дополнительных по отношению к шизофрении коморбидных расстройств;

2. *Интегративное применение* медикаментозных и немедикаментозных методов лечения;

3. *Междисциплинарное взаимодействие и «мультиmodalность»* вмешательств, проводимых командой специалистов: врачей-психиатров, педиатров, неврологов, медицинских психологов, логопедов, педагогов.

4. *Партисипативность* с активным участием в процессе реабилитации, как родственников, так и самих пациентов.

**ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ  
ЛЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ  
С МАНИФЕСТАЦИЕЙ  
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Лечение проводится, исходя из психопатологической структуры манифестного приступа или обострения болезни в рамках основного заболевания, его этапа, что определяет выбор психотропной терапии, а также с учётом особенностей терапевтической или спонтанной трансформации синдромов в процессе лечения, что может быть связано с изменением схемы проводимой терапии и присоединением других методов лечения. Выбор конкретного препарата осуществляют с учетом спектра его психотропной активности и характера возникающих (включая потенциально возможных) побочных эффектов, а также противопоказаний к применению и возможных лекарственных взаимодействий. При несоответствии возраста разрешенного применения паспортному возрасту пациента, а также назначения препаратов по показаниям, не указанным в инструкции, необходимо оформление медицинской документации, подтверждающей наличие жизненно важных показаний для выбора именно этого медикаментозного средства. Режим дозирования, средние и максимально допустимые суточ-

ные дозы, а также возможный путь введения определяются характером и выраженностью имеющейся психопатологической симптоматики, соматическим состоянием и возрастом больного. При назначении схемы курации учитываются все возможные риски, что позволяет избежать полипрагмазии. При этом нужно уточнить, что терапевтические подходы, постулирующие обязательность монотерапии, не получили убедительных подтверждений, напротив, в ряде случаев антипсихотическая аугментация оказывается необходимой [11]. Эффективность проводимой терапии оценивается с опорой на анализ качества и степени редукции психопатологических симптомов. Значимыми показателями при этом являются скорость развития положительной динамики состояния, с наступлением или становлением терапевтической ремиссии и отсутствием / минимальным количеством и выраженностью нежелательных побочных явлений. Основной группой психофармакологических средств, применяемых для лечения шизофрении у детей (как и у взрослых), являются традиционные и атипичные антипсихотики. К сожалению, их перечень значительно уже, чем рекомендованный для взрослых, что связано как с этическими трудностями проведения клинических испытаний препаратов на контингентах лиц детского возраста, так и с неоднозначными результатами, полученными в немногочисленных, сравнительно с взрослыми, фармакологических исследованиях, ассоциированных с различиями лекарственного метаболизма в детском и взрослом организмах. В клинической практике используют классические нейролептики (алимемазин, левомепромазин, хлорпромазин, перфеназин, трифлуоперазин, перициазин, тиоридазин, галоперидол), атипичные антипсихотические средства первого (клозапин, сульпирид, рисперидон, палиперидон), второго (луразидон) и третьего поколений (арипипразол). Препараты иных психофармакологических групп (антидепрессанты, анксиолитики, нормотимики) назначаются в соответствии с нюансами психопатологической картины состояния пациента.

## ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ

Психотерапевтическая помощь больным ШД осуществляется, начиная с этапа купирования острого состояния. В этот период она ориентирована преимущественно на родителей, направлена на формирование у них представления о необходимости активной психофармакотерапии, скрупулезного соблюдения назначений и рекомендаций врача, для пациентов же (достигших подросткового возраста) ее целью является предотвращение отказа от лечения. С началом этапа формирования терапевтической ремиссии, по миновании пика острого состояния, тактика психотерапии трансформируется, на первый план выходят мероприятия, ставящие своей задачей восстановление ресурсов личности. С этой целью используются различные методы, в том числе, рациональная, бихевиорально-когнитивная терапия в доступных возрасту модификациях. Психообразовательная работа (индивидуальная или групповая) необходима как самому больному, так и его родственникам и лицам, составляющим микросоциальное окружение, включая неклинических психологов, педагогов, логопедов, дефектологов, врачей-интернистов. Используются различные программы, разработанные с учетом специфики контингента, для которого они предназначены. Привлечение к сотрудничеству членов микросоциума позволяет добиться максимально эффективного, последовательного устранения проявлений болезни, оптимизировать функционирование пациента в разных сферах, а также повысить качество его жизни. В периоды стабилизации процесса или достижения ремиссии на первый план выступают социореабилитационные мероприятия. Одним из основных видов помощи в лечении шизофрении у пациентов детско-подросткового возраста, с целью максимальной социализации больных, является психолого-педагогическая коррекция, включая такие ее формы, как разнообразные когнитивные тренинги, в т.ч. когнитивную ремедиацию [12]. Так, например, тренинги кратковременной памяти, являющейся одним

из функциональных коррелятов течения эндогенного процесса, эффективны для пациентов, страдающих шизофренией, в связи с их действием на нейронные сети, и направлены на их активизацию. Они корригируют не только проявления когнитивного дефицита, но и учебное, а также социальное функционирование больных [16]. Облеченные в игровую форму, данные вмешательства не стигматизируют юных пациентов, а напротив, привлекают их, поскольку являются модификацией привычных и любимых детьми / подростками компьютерных игр. Такие неинвазивные методики имеют незначительное число противопоказаний (хотя, безусловно, требуют контроля и временного лимитирования со стороны взрослых), достоверно повышая качество когнитивного функционирования и мотивации, страдающие в результате эндогенного процесса [18]. Используемые в качестве адьювантной терапии у детей и подростков, страдающих шизофренией, включенные в реабилитационный процесс, эти технологии оказываются высокорезультативными и безопасными, именно у этого контингента их эффективность оказывается максимальной [16]. Проводимые мероприятия включают как получение юным пациентом образования в стандартных условиях, так и направление его в специализированные дошкольные и школьные учреждения (при необходимости — обучение на дому, инклюзивное обучение, ресурсные классы и т.п.) с возможностью приобретения знаний по программе, соответствующей как интеллектуальному уровню больного, так и его энергетическим возможностям. Кроме того, для лиц детско-подросткового возраста необходимо предусматривать, помимо получения академических знаний, обучение бытовым и трудовым навыкам, выработку коммуникативных умений для общения со сверстниками, родными, педагогами и другими значимыми взрослыми. При построении индивидуальной психокоррекционной программы для детей с ШД необходимо опираться на сохранные психические функции (включая те или иные формы вербальной и невербальной деятельности пациента).



**МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ**

Реабилитационные мероприятия должны включать, помимо психотерапии, стимуляцию физической и социальной активности больного, организацию для него правильного режима сна / бодрствования, питания, что требует разъяснительной работы с членами семьи и лицами, осуществляющими уход за больным, которым, кроме того, требуется профессиональная психологическая поддержка на регулярной основе. Психосоциальная терапия не может обходиться только методами и способами воздействия, которыми располагают учреждения психиатрического профиля. Необходимо психолого-медико-социальное сопровождение ребенка / подростка вместе с его семьей на основе межведомственного и межпрофессионального взаимодействия. Специалист по социальной работе (социальный работник) с момента первичного обращения (поступления) пациента в учреждение, оказывающее психиатрическую помощь, и на всем протяжении дальнейшего ведения случая оценивает особенности его социального положения и социального функционирования, с учетом которых строится терапевтическая стратегия и выбирается оптимальный алгоритм помощи.

Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения в сочетании с нейропсихологической и психолого-педагогической коррекцией, психосоциальной работой с семьей и пациентом является одним из основополагающих принципов курации больных с шизофренией. Оптимальная эффективность комплексной терапии возможна только при тесном, эстафетном взаимодействии высококвалифици-

цированных психиатров, неврологов, психотерапевтов, психологов, педагогов и социальных работников [17].

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Лечение пациентов детско-подросткового возраста, страдающих шизофренией, должно осуществляться при помощи политаргетного подхода, комплексного использования медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, междисциплинарного взаимодействия, вовлечения в процесс реабилитации, как родственников, так и самого пациента. Следует придерживаться единого подхода в терапии больных, комбинированного применения медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, «мульти-modalности», подразумевающей согласованную работу команды специалистов: врачей-психиатров, педиатров, неврологов, медицинских психологов, логопедов, педагогов. Эффективность проводимой терапии оценивается, базируясь на параметрах динамики клинических проявлений. Основными показателями являются быстрота развития и стойкость эффекта, а также безопасность терапии. Результативность проводимого лечения опирается на данные клинического обследования и наблюдения за поведением больного, позволяющие выявить динамические бихевиоральные характеристики, изменения коммуникативных функций, эмоционального реагирования, когнитивных нарушений. Дополнительными критериями служат данные экспериментально-психологического исследования пациента, страдающего шизофренией в динамике, ориентированные на анализ познавательной деятельности пациента, внимания, мышления.

**Литература**

1. Алтынбеков К.С. Новые подходы к терапии больных шизофренией (обзор литературы по данным последнего десятилетия). // Российский психиатрический журнал. 2014, 5: 54-59.
2. Башина В.М., Симашкова Н.В. Систематика детской шизофрении. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1989, 89 (8): 69-75.
3. Коблова А.А. Кром И.Л, Новичкова И.Ю. Современные тенденции медико-социальной помощи больным психическими расстройствами. // Фундаментальные исследования. 2013, 6(2): 485-489.

4. Мазаева Н.А. Шизофрения периода adolescence. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015; 115 (11): 26-33. doi: 10.17116/jnevro201511511220-25
5. Панкова О.Ф., Казин Н.М., Иванова С.М. Современные проблемы в изучении распространенности и диагностике расстройств шизофренического спектра у детей и подростков. // Бюллетень РГСМУ; 2021, 3: 75-78. doi: 10.24075/vrmgu.2021.022
6. Психическое здоровье: усиление борьбы с психическими расстройствами. // Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения. 2010. № 220. - 12 с.
7. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 256 с.
8. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2010. - 132 с.
9. Driver D.I., Gogtay N., Rapoport J.L., Childhood Onset Schizophrenia and Early Onset Schizophrenia Spectrum Disorders // Child Adol Psych Clin N Am. 2013, 22: 539-555. doi: 10.1016/j.chc.2013.004.001
10. Hafner F., Hayden W. Epidemiology of Schizophrenia.// Can J Psych. 1997, 42 (2): 139-151. doi: 10.1177/070674379704200204.
11. Galling B., Roldan A., Hagi K., Rietschel L., Walyzada F. Antipsychotic augmentation vs. monotherapy in schizophrenia systematic review, meta-analysis and meta-regression analysis. // Word Psych. 2017, 16(1): 77-89. doi: 10.1002/wps.20387
12. Glenthøj L.B., Mariegaard L.S., Fagerlund B., Jepsen J.R.M., Kristensen T.D. et al. Effectiveness of cognitive remediation in the ultra-high risk state for psychosis. // Word Psych. 2020, 19(3): 401-402. doi: 10.1002/wps.20760
13. Nakagawa Y., Chiba K. Involvement of Neuroinflammation during Brain Development in Social Cognitive Deficits in Autism Spectrum Disorder and Schizophrenia. // J Pharmacol Exp Ther. 2016; 358(3): 504-515. doi: 10.1124/jpet.116.234476.
14. Radua J., Ramella-Cravaro V., Ioannidis J.P.A., Reichenberg A., Phipphothatsanee N. et al. What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors. // Word Psych. 2018; 17: 49-66. doi: 10.1002/wps.20490
15. Rapoport J.L., Addington A.M., Frangou S. // Psych MRC The neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2005. Mol Psych. 2005, 10(5): 434-449. doi: 10.1038/sj.mp.4001642
16. Sahakian B.J., Savulich G. Innovative methods for improving cognition, motivation and well-being in schizophrenia. // Word Psych. 2019, 18(2): 168-170. doi: 10.1002/wps.20649
17. Simashkova N.V., Boksha I.S., Klyushnik T.P., Iakupova L.P., Ivanov M.V., Mukaetova-Ladinska E.B. Diagnosis and Management of Autism Spectrum Disorders in Russia: Clinical–Biological Approaches. // J Autism Dev Dis. 2019, 49 (9): 3906-3914. doi 10.1007/s10803-019-04071-4
18. Wannan C.M.J., Croyley V.L., Chakravarty M.M., Van Rheenen T.E., Mancuso S., Bousman C. et al. Hippocampal subfields and visuospatial associative memory across stages of schizophrenia-spectrum disorder. // Psychol Med. 2019; 49(14):2452–62. doi: 10.1017/S0033291718003458
19. Weinberger D.R. On the plausibility of «neurodevelopmental hypothesis» of schizophrenia. // Neuropsychopharmacol.1996. 14 (3).-1S-11S. doi: 10.1016/0893-133x (95)00199-N

# Комплексная клинико-психологическая оценка эмоциональной сферы девочек-подростков с нарушениями пищевого поведения при психической патологии

**Е.Е. Балакирева<sup>1</sup>,**

кандидат мед. наук, и.о. руководителя отдела детской психиатрии (balakirevalena@yandex.ru)

**Н.В. Зверева<sup>1</sup>,**

кандидат психол. наук, ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии (nwzvereva@mail.ru)

**А.А. Коваль-Зайцев<sup>1</sup>,**

кандидат психол. наук, ведущий научный сотрудник отдела детской психиатрии (koval-zaitsev@mail.ru)

**М.В. Зверева<sup>1</sup>,**

кандидат психол. наук, старший научный сотрудник отдела медицинской психологии (maremerald@gmail.com)

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

**Введение.** В статье рассматривается подход к оценке эмоционально-личностной сферы девочек-подростков с нарушениями приема пищи при психической патологии. Частота встречаемости данного вида патологии требует активного изучения этих расстройств в комплексной клинико-психологической диагностике.

**Материал и методы.** Приведены результаты комплексной диагностики 23 пациентов детской клиники ФГБНУ НЦПЗ (возраст от 11 до 17 лет, средний возраст  $13,5 \pm 1,6$  лет), имеющих диагнозы F50, F50+F21, F50+F30. Оценивался патопсихологический профиль и результаты применения экспериментально-психологических методик диагностики эмоциональной сферы.

**Результаты.** Получены данные о сходстве патопсихологического профиля в выделенных диагностических группах, за исключением F50+F21, в которой более грубо по сравнению с F50 выступают нарушения общения. Экспериментальное исследование показало своеобразие оценки пола при нарушениях пищевого поведения (НПП), а также особенности эмоциональных ответов и ответов с указанием/наличием агрессии.

**Заключение.** Делается вывод о необходимости комплексной диагностики клинико-психопатологической и экспериментально-психологической подростков с НПП с увеличением количества больных, для более точной дифференциальной диагностики и разработки рекомендаций по учебе и психологической коррекции.

**Ключевые слова:** нарушения пищевого поведения, дети и подростки, психическая патология, эмоциональная сфера, патопсихологический профиль.

## Comprehensive clinical and psychological assessment of the emotional sphere of adolescent girls with eating disorders in mental pathology

**E.E. Balakireva<sup>1</sup>,**

Candidate of Medical Sciences, Head of the Department, Lead Researcher of the Department of Child Psychiatry (balakirevalena@yandex.ru)

**N.V. Zvereva<sup>1</sup>,**

Candidate of Psychological Sciences, Lead researcher of the Department of Medical Psychology (nwzvereva@mail.ru)

**A.A. Koval-Zaitsev<sup>1</sup>,**

Candidate of Psychological Sciences, Lead Researcher of the Department of Child Psychiatry (koval-zaitsev@mail.ru)

**M.V. Zvereva<sup>1</sup>,**

Candidate of Psychological Sciences, Senior Researcher of the Department of Medical Psychology (maremerald@gmail.com)

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

**Introduction.** The article considers an approach to the assessment of the emotional and personal sphere of adolescent girls with eating disorders in mental pathology. The frequency of occurrence of this type of pathology requires an active study of these disorders in a comprehensive clinical and psychological diagnosis.

**Material and methods.** The results of complex diagnostics of 23 patients of the children's clinic of the Federal State Budgetary Medical Institution (age from 11 to 17 years, average  $13,5 \pm 1,6$  years) with diagnoses F50, F50+F21, F50+F30 are presented. The pathopsychological profile and the results of the application of experimental psychological methods for the diagnosis of the emotional sphere were evaluated.

**Results.** Data were obtained on the similarity of the pathopsychological profile in the selected diagnostic groups, with the exception of F50+F21, in which communication disorders are more severe compared to F50. The experimental study showed the uniqueness of the assessment of gender in NPP, as well as the features of emotional responses and responses with the indication/presence of aggression.

**Conclusion.** The conclusion is made about the need for a comprehensive diagnosis of clinical and psychopathological and experimental psychological adolescents with NPP with an increase in the number of patients, for more accurate differential diagnosis and the development of recommendations for study and psychological correction.

**Keywords:** eating disorders, children and adolescents, mental pathology, emotional sphere, pathopsychological profile.

## ВВЕДЕНИЕ

В течение многих лет нарушения пищевого поведения (НПП) являются одним из видов расстройства, часто встречающегося в детско-подростковом возрасте. Интенсивная работа клиницистов и психологов в этом направлении ведется с последних десятилетий 20 века. У подростков с НПП типичные расстройства проявляют себя и в синдроме нервной анорексии, и в синдроме нервной анорексии с булимией, и в синдромах нервной анорексии с булимией и воимтоманией. Подробно эти клинические особенности описаны в работах Е.Е. Балакиревой [1, 2]. В литературе описаны разные варианты клинических проявлений НПП, в психопатологических работах Е.Е. Балакиревой, А.Е. Брюхина, А.В. Занозина и других. Большое внимание уделяется как соматическому состоянию больных, так и психологической квалификации. Авторы отмечают своеобразие самооценки, восприятия себя, личностные особенности, высокую мотивацию достижения, динамику когнитивного статуса в связи со стадией заболевания и многое другое [1–5, 8]. В работах зарубежных коллег также отмечается коморбидность расстройств приема пищи с другими вариантами нарушенного или особого развития детей и подростков [10], успешность лечения (стационарного и амбулаторного) [7, 11]. Подход, который реализуется в течение многих лет в ФГБНУ НЦПЗ, базируется на разделении НПП на несколько видов у детей и подростков: самостоятельно протекающее заболевание при патологически протекающих пубертатных кризах, синдром в рамках шизотипического невротоподобного и психопатоподобного расстройства, или как синдром при аффективной патологии и биполярном расстройстве.

В настоящем сообщении представлены результаты обследования подростков с НПП, находившихся на стационарном лечении в 2018–2022 гг. и прошедших комплексное психологическое обследование.

Цель — анализ эмоциональной сферы в контексте клинко-психологической оценки подростков с НПП, пребывающих в психиатрической клинике.

## МАТЕРИАЛ

Выборку составили 23 девочки-подростка от 11 до 17 лет, средний возраст  $14,0 \pm 1,58$  лет. Диагнозы НПП как самостоятельная форма в рамках подросткового криза F50 (6 пациентов), НПП как синдром в рамках шизотипического расстройства F21 (11 пациентов), НПП как синдром в рамках депрессии F31.1 (6 пациентов). Все пациентки были проконсультированы научными сотрудниками отделения, получали психотропную терапию по рекомендации психиатров. Психологическая диагностика проводилась в период по минованию выраженной остроты состояния.

## МЕТОДЫ

Клинко-психопатологический — постановка диагноза, диагностика психического статуса [1, 2] и экспериментально-психологический (оценка патопсихологического профиля) и «Методика распознавания эмоционально-выразительных движений (поз и жестов)» (далее «Жесты») [6, 8].

Математическая обработка данных: SPSS 26, Exel.

## ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Рассмотрим данные по патопсихологическому профилю в анализируемых группах пациенток. Патопсихологический профиль предполагает оценку состояния пациента по 8 параметрам (диссоциация — Д, шизоидность — Ш, интеллектуальное развитие — Инт, произвольная регуляция — П, эмоции — Э, мотивация — М, инфантильность — Инф, общение — О). Качественный анализ заключений проводился группой экспертов с присвоением

баллов от 0 до 2, где 0 — отсутствие нарушений, 1 — легкая степень выраженности, 2 — сильная степень выраженности нарушений в анализируемой и оцениваемой сфере. В таблице 1 представлены результаты такой оценки в целом по всей группе пациентов.

Из таблицы 1 видно, что наиболее сохранены являются сферы интеллектуального развития, произвольной регуляции деятельности, практически не встречалось инфантильности, а наиболее выраженные нарушения были обнаружены в эмоциональной сфере, также достаточные проблемы имелись в сфере общения и по показателю диссоциации развития. Вышесказанное пока не подтверждено статистически. Применение критериев оценки достоверности показало, что выборка девушек с сочетанным диагнозом F21 и F50 и только с диагнозом F50, значимо отличаются друг от друга по параметру «общение», оценивались асимптотические значимости (2-сторонние критерии с поправкой Бонферрони для нескольких испытаний), уровень значимости в этом случае составил 0,031, т. е. коморбидность НПП и шизотипического расстройства сказывается на проявлении расстройств общения. Можно полагать, что увеличение выборки исследуемых девушек-подростков с НПП, будет показывать еще более определенную картину различий «чистого» НПП и коморбидных с другими расстройствами вариантов расстройств пищевого поведения. Наши данные совпадают во многом с материалами других исследований, когда оценивались интеллектуальная и эмоционально-личностная сфера девушек с НПП [3, 5].

Был проведен корреляционный анализ показателей патопсихологического профиля между собой и с показателями выполнения методики «Жесты». Данные о значимых корреляциях приведены в таблице 2.

Согласно таблице 2, можно говорить о том, что есть положительная корреляция между несколькими параметрами патопсихологического профиля, преимущественно среднего уровня (от 0,400 до 0,660). Поскольку оценка в патопсихологическом профиле осуществляется следующим образом: 0 — нет нарушений, 2 — выраженные, то выявленные корреляции показывают на гармоничные снижения (нарушения) в следующих парах показателей патопсихологического профиля. Так, наличие выраженной шизоидности связано с таким же проявлением диссоциации, невысокий интеллект — с диссоциацией и проблемами произвольной регуляции; нарушения общения коррелируют с интеллектуальным развитием и проявлениями диссоциации. Отрицательная корреляция между показателем инфантильности и эмоциональных нарушений указывает на обратную связь, т.е. при нормальном эмоциональном развитии могут быть проявления инфантильности, возможно, такая связь отражает возрастные характеристики испытуемых, у которых имеются проявления инфантилизма. Корреляционные связи методики «Жесты» и патопсихологического профиля выявлены только для одного показателя в каждом из диагностических средств: чем сильнее выражены нарушения общения, тем менее успешны испытуемые при распознавании символических жестов. Выявленные корреляционные связи подтверждают уместность применения приема оценки патопсихологического профиля, и также указывают на наличие связей между параметрами общения и особенностями социализации (точность распознавания символических жестов) [6]. Учитывая, что корреляции проводились по всей группе пациентов с НПП, следует в дальнейшем расширить количество пациентов с разными диагнозами — «чистые»

Таблица 1

**Частота встречаемости баллов патопсихологического профиля по всей группе пациенток с НПП**

Балл	Д	Ш	Инт	П	Э	М	Инф	О
0	13 %	41 %	91 %	77 %	0	0	95 %	18 %
1	82 %	45 %	9 %	18 %	18 %	55 %	5 %	73 %
2	5 %	14 %	0	5 %	82 %	45 %	0	9 %
Всего	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Таблица 2

**Значимые корреляционные связи показателей патопсихологического профиля и методики «Жесты»**

Показатели	Д	П	Инф	О
Д Коэффициент корреляции Знач. (двухсторонняя)				,445* 0,043
Ш Коэффициент корреляции Знач. (двухсторонняя)	,478* 0,028			
Инт Коэффициент корреляции Знач. (двухсторонняя)	,462* 0,035	,631** 0,002		,642** 0,002
Э Коэффициент корреляции Знач. (двухсторонняя)			-,461* 0,035	
Жесты – символические (1 – норма, 2 – средне успешно, 3 – недостаточно успешно) Коэффициент корреляции Знач. (двухсторонняя)				,510* 0,018

\* Достоверность корреляций по критерию Спирмена  $p \leq 0,05$

\*\* Достоверность корреляций по критерию Спирмена  $p \leq 0,01$

НПП и в разных коморбидных сочетаниях, это требуется для уточнения вклада собственно болезни в нюансы нарушений психической деятельности, отраженные в патопсихологическом профиле.

Рассмотрим данные по методике распознавания эмоционально-выразительных движений. Корреляционный анализ показал прямую связь выраженности неуспешности распознавания символических жестов и нарушений в сфере общения. В настоящем сообщении анализировалось количество ответов определенного типа на все 24 карточки из набора методики «Жесты», их частоту встречаемости во всей группе и при разных вариантах НПП. Данные по ряду параметров методики отражены в таблице 3.

Как следует из таблицы 3, пациентки с «чистой» формой НПП чаще определяют персонажа, как действующее неопределенное лицо («человек»), при этом коморбидность с аффективной патологией сохраняет эту особенность, а с шизотипией — нет, там практически мало встречается подобных ответов. Интересно, что коморбидные с шизотипическим расстройством пациентки с НПП чаще определяют пол персонажа как «женский», а коморбидность с аффективной патологией не показывает такого. Если обратиться к формулировкам ответов, то в целом по группе больных с НПП особенности определения пола встречались почти в 60 % случаев, в таблице 3 не отмечены собственно неточные половозрастные формулировки, а представлено только общее ко-

Таблица 3

**Показатели оценки пола в методике «Жесты» в группе пациентов с разными диагнозами НПП (в % встречаемости по группе)**

Пол	F50	F50, F21	F50, F30	Всего
М	14	15	8	14
Ж	22	34**	15**	28
Нет	37	42	50	42
Человек	27**	9**	27**	16
Всего %	100 %	100 %	100 %	100 %

\*\* – различия достоверны  $p \leq 0,01$  (критерий Фишера)

личество ответов с указанием того или иного пола. Еще одним важным показателем является наличие-отсутствие указания на эмоции в ответах при выполнении методики «Жесты». Эти данные представлены в таблице 4.

Согласно полученным данным, у пациентов с НПП преобладают ответы без очевидного указания на эмоциональное состояние. Это одинаково для всех диагностических подгрупп. Такое положение дел требует дальнейшего анализа, поскольку по данным патопсихологического профиля у большинства пациенток есть нарушения в эмоциональной сфере. Возможно, оценка состояния персонажей в методике «Жесты» указывает на трудности дифференциации эмоций у девушек с НПП, но это требует дальнейшего изучения, в том числе на большей выборке и при более тонкой оценке ответов (учитывать знак эмоций, точность опознания, подробность высказывания и т.п.).

Среди 24 карточек в 7 оказались ответы, содержащие указание на агрессию (как гетеро, так и ауто), это карточки «показать коготки», «удар себя по голове», «руки в боки», «отдать честь (приложить руку к голове)», «выставить кулаки перед собой», «лежать в защитной позе», «выставить руки ладонями наружу перед собой». Только у 20 % испытуемых не было агрессивных ответов (пациентки с коморбидным шизотипическим расстройством), у остальных 80 % встречались агрессивные ответы.

Общий качественный анализ результатов выполнения методики «Жесты» показывает, что собственно интерпретация базового значения экспрессивных жестов не нарушена, есть недостаточное распознавание символических жестов у части пациентов, кроме того, содержание ответов девочек, более чем в половине случаев, сопряжено с указанием на агрессию (причем, и как защитную форму, и как нападение). Также отметим еще раз особенность ответов

подростков с НПП — наличие неточностей (по сравнению с частотными интерпретациями) в определении пола действующего персонажа: подростки видели и называли мужской пол там, где обычно отмечается женский, были и другие нюансы половозрастной интерпретации персонажей, ответов при распознавании эмоционально-выразительных движений, замены конкретизации пола обобщенной формулировкой «человек». Безусловно, в значительной части ответы совпадали с частотными вариантами здоровых сверстниц, однако имеющиеся затруднения в отчетливой половозрастной идентификации дают основание для дальнейших более тщательных и специализированных исследований. Получено указание на своеобразие протекания НПП с разными вариантами коморбидности, как это было показано в других исследованиях [10].

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Получены данные о сходстве патопсихологического профиля в выделенных диагностических группах, за исключением F50+F21, в которой более грубо по сравнению с F50 выступают нарушения общения. Корреляционный анализ по Спирмену показал наличие корреляций среднего уровня между составляющими патопсихологического профиля, что подтверждает правомерность применения этого приема в оценке материалов патопсихологической диагностики [9]. Экспериментальное исследование продемонстрировало своеобразие оценки пола при НПП, а также особенности эмоциональных ответов и ответов с указанием/наличием агрессии, что ранее не отмечалось исследователями.

Необходимо проведение комплексной диагностики (клинико-психопатологической и экспериментально-психологической) подростков с НПП с увеличением количества больных,

Таблица 4

**Сравнительные данные по частоте встречаемости оценок эмоций в методике «Жесты» у девушек с НПП и коморбидных расстройств (% встречаемости по группе)**

Показатель эмоций	F50	F50, F21	F50, F30	Всего
Адекватные	33**	28**	26**	29**
Неадекватные	3	2	3	3
Нет эмоций	64**	70**	71**	68**
Всего %	100 %	100 %	100 %	100 %

\*\* – различия достоверны  $p \leq 0,01$  (критерий Фишера)

для более точной дифференциальной диагностики и разработки рекомендаций по учебе и психологической коррекции.

Оценка эмоционально-личностной сферы подростков, страдающих НПП, должна осуществляться различными доступными средствами психологической диагностики (экспериментально-психологическое исследование, проективные методики, специализированные методики на оценку распознавания эмоций и

многое другое). Новые объемные и разносторонние варианты диагностики эмоционально-личностной сферы девочек-подростков с НПП по видам собственно нарушений в виде преобладания анорексии, булимии, vomitomании или их сочетаний, с отражением ведущих расстройств в психологическом исследовании помогут более тонко расставить акценты в диагностике и прогнозе течения заболевания, разработать показания к реабилитационной работе.

### Литература

1. Балакирева Е. Е. Нарушения пищевого поведения у детей и подростков // Психиатрия и психофармакотерапия. 2020. Т. 22. №. 4. С. 38–41.
2. Балакирева Е. Е. Расстройства пищевого поведения у детей и подростков. Психиатрия. 2013; 4 (60): 16-22.
3. Балакирева Е. Е., Зверева Н. В., Якупова Л. П. Психологическая квалификация когнитивных нарушений при нервной анорексии у детей и подростков // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2014. – №. 1. – С. 30-34.
4. Брюхин А. Е. Нарушения пищевого поведения: следует ли их расценивать как расстройства пограничного или психотического уровня // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием» Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». – 2015. – С. 504-504.
5. Грачев В. В., Шевченко Ю. С. Генетические и эпигенетические аспекты нервной анорексии (обзор литературы) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020. Т. 20. №. 4. С. 95–105.
6. Зверева Н. В., Назаренко А. Е. Особенности когнитивного и проективного аспектов эмоциональной сферы у младших подростков в норме и при шизофрении // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2008. – Т. 8. – №. 1. – С. 41-48.
7. Николаева Н. О. История и современное состояние исследований нарушений пищевого поведения (культурные и психологические аспекты) // Клиническая и специальная психология. – 2012. – Т. 1. – №. 1.
8. Пичиков А.А., Ю.В. Попов, Р.В. Гребенщикова Стратегии профилактики расстройств пищевого поведения и нарушений образа тела в подростковом возрасте // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2022. – Т. 22. – №. 3. – С. 102-113.
9. Строгова С.Е., Зверева Н.В., Хромов А.И. Клинические характеристики болезни и особенностей патопсихологического профиля при прогрессивной детской шизофрении // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2016. – N 4(39) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).
10. Convertino A. D., Blashill A. J. Psychiatric comorbidity of eating disorders in children between the ages of 9 and 10 // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2022. – Т. 63. – №. 5. – С. 519-526. (англ).
11. Simic M. et al. From efficacy to effectiveness: child and adolescent eating disorder treatments in the real world (part 1)—treatment course and outcomes // Journal of eating disorders. – 2022. – Т. 10. – №. 1. – С. 1-16. (англ).



# Специфика когнитивного дизонтогенеза у пациентов с детским аутизмом и шизофренией в детском возрасте

**А.А. Коваль-Зайцев<sup>1</sup>,**

канд. психол. наук, ведущий научный сотрудник (koval-zaitsev@mail.ru)

**С.Г. Никитина<sup>1</sup>,**

младший научный сотрудник отдела детской психиатрии (nikitina.svt@mail.ru)

**А.В. Куликов<sup>1</sup>,**

канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела детской психиатрии (tstakul@mail.ru)

**Е.Е. Балакирева<sup>1</sup>,**

канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник, и.о. зав. отделом детской психиатрии (balakirevalena@yandex.ru)

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

**Введение.** В статье предлагается комплексный клинико-психологический подход к изучению и диагностике психического развития детей и подростков с детским аутизмом и шизофренией. Особенности протекания, коморбидность симптоматики и частота встречаемости эндогенной психической патологии в детстве требует активного изучения этих расстройств в комплексной клинико-психологической диагностике.

**Материал и методы.** Обобщены результаты мультидисциплинарной диагностики 127 пациентов детской клиники ФГБНУ НЦПЗ (возраст от 4 до 15 лет, средний возраст 6 лет 7 мес.), с диагнозами F84.02, F20.8xx3). Оценивался патопсихологический профиль и особенности когнитивной сферы пациентов с учетом применения экспериментально-психологических методик.

**Результаты.** Выделены и описаны профили четырех видов когнитивного дизонтогенеза: искаженного, дефицитарного, дефицитарно-прогредиентного с постепенным нарастанием дефекта, регрессивно-дефектирующего. В результате проведенного обследования выявлено своеобразие видов когнитивного дизонтогенеза, нюансы течения, особенности функционирования психических функций при эндогенной психической патологии в детстве.

**Заключение.** Данный подход позволяет проводить эффективную мультидисциплинарную диагностику у пациентов с детским аутизмом и шизофренией в детстве, что способствует пониманию исходов и созданию наиболее эффективного маршрута (ре)абилитации пациентов.

**Ключевые слова:** шизофрения, детский аутизм, расстройства аутистического спектра, виды когнитивного дизонтогенеза, патопсихологические профили.

## The specifics of cognitive dysontogenesis in patients with childhood autism and schizophrenia in childhood

**A.A. Koval-Zaitsev<sup>1</sup>,**

Candidate of Psychological Sciences, Lead Researcher of the Department of Child Psychiatry (koval-zaitsev@mail.ru)

**S.G. Nikitina<sup>1</sup>,**

Junior Researcher of the Department of Child Psychiatry (nikitina.svt@mail.ru)

**A.V. Kulikov<sup>1</sup>,**

Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher of the Department of Child Psychiatry (tstakul@mail.ru)

**E.E. Balakireva<sup>1</sup>,**

Candidate of Medical Sciences, Head of the Department, Lead Researcher of the Department of Child Psychiatry (balakirevalena@yandex.ru)

<sup>1</sup> Federal State Budgetary Scientific Institution Mental Health Research Center (Kashirskoe shosse, 34, Moscow, 115522).

**Introduction.** The article proposes a comprehensive clinical and psychological approach to the study and diagnosis of the mental development of children and adolescents with childhood autism and schizophrenia. The peculiarities of the course, the comorbidity of symptoms and the frequency of occurrence of endogenous mental pathology in childhood require an active study of these disorders in a comprehensive clinical and psychological diagnosis.

**Material and methods.** The results of multidisciplinary diagnostics of 127 patients of the children's clinic of the Federal State Budgetary Medical Institution (age from 4 to 15 years, average age 6 years 7 months), with diagnoses F84.02, F20.8xx3) are summarized. The pathopsychological profile and features of the cognitive sphere of patients were evaluated, taking into account the use of experimental psychological techniques.

**Results.** The profiles of four types of cognitive dysontogenesis are identified and described: distorted, deficient, deficient-progressive with a gradual increase in the defect, regressive-defecting. As a result of the survey, the originality of the types of cognitive dysontogenesis, the nuances of the course, the peculiarities of the functioning of mental functions in endogenous mental pathology in childhood were revealed.

**Conclusion.** This approach allows for effective multidisciplinary diagnostics in patients with childhood autism and schizophrenia, which contributes to understanding the outcomes and creating the most effective route (re) of habilitation of patients.

**Keywords:** schizophrenia, childhood autism, autism spectrum disorders, types of cognitive dysontogenesis, pathopsychological profiles.

## ВВЕДЕНИЕ

Исследование эндогенной психической патологии в детско-подростковом возрасте на современном этапе развития общества остается значимым для групп специалистов, работающих в данной области. Проблематика мультидисциплинарной диагностики, курации, (ре)абилитации, профилактики, социализации пациентов с детским аутизмом и шизофренией в детско-подростковом возрасте обусловлена рядом факторов, среди которых можно выделить особенности протекания дизонтогенеза, возраст начала и длительность заболевания, прогрессивность процесса, коморбидность симптомов, конгруэнтность ряда симптомов, их «стертость» и маскированность в ряде случаев и т.п. При этом, своевременно проведенная комплексная клинико-психологическая диагностика позволяет достаточно эффективно выстраивать и реализовывать лечебно-реабилитационный маршрут, осуществлять дальнейшую помощь детям и подросткам, страдающим эндогенной психической патологией. Напротив, отсутствие своевременной диагностики либо поверхностно проведенное, неполноценное обследование из-за малого количества отведенного времени, с узким, порой «шаблонным» подходом, без должной актуализации клинического мышления и качественного анализа, в итоге может приводить к нарастанию продуктивной и негативной симптоматики, быстрому формированию когнитивного дефицита и даже дефекта. В таких случаях на первый план выступает тезис «пропущенный диагноз — утраченная жизнь», что диктует специалистам необходимость оказания и проведения своевременной полноценной психо-

лого-психиатрической помощи детям и подросткам с детским аутизмом и шизофренией, и решает дифференциально-диагностическую задачу в нозологическом подходе с выбором вектора дальнейшего оказания помощи пациентам [10].

В историческом аспекте на протяжении длительного времени ведется дискуссия о принадлежности детских психозов с выделением детского аутизма из пула шизофренических расстройств. Понятие «аутизм» ввел Е. Bleuler в 1911 г. своей работе о dementia praecox, как выражение смещения фокуса внимания больного шизофренией с окружающего мира в свои внутренние переживания [14]. Позже, Kanner L в 1943 г. использовал тот же термин как обозначение специфического состояния у детей раннего возраста, проявляющегося стойким стремлением к одиночеству, «неспособностью детей к обычным отношениям с людьми и адекватному поведению в определенных ситуациях», однако рассматривал данный феномен как «самое раннее проявление шизофрении» [16]. Отделение аутизма, как самостоятельной нозологии, начато Anthony E. в 1958 г., который считал невозможным развитие шизофрении у детей до 6 лет, и в последующем поддержано рядом авторов (Rutter M., Schopler E., Wing L. 1988), что нашло отражение в диагностических классификациях того времени [13, 18, 19, 21].

Детский аутизм и шизофрения в детском возрасте часто имеют сходную фенотипическую картину, когда выявляются неспецифические кататонические расстройства, нарушения мышления и социального взаимо-

действия. Тем не менее, шизофрения у детей младшего возраста характеризуется высокой прогрессивностью течения, наличием рудиментарных позитивных расстройств, а также преобладанием негативных нарушений. Негативная симптоматика выражается в регрессе навыков, глубокой задержке формирования основных мыслительных операций, речи, эмоциональной неадекватности, персистенции выраженных апато-абулических расстройств. Ремиссия характеризуется наличием стойкого когнитивного дефекта, стереотипных движений, нажитого аутизма. Интеллектуальная сфера определяется диссоциированной ретардацией. Детский аутизм в отечественной школе психиатрии рассматривается как вариант нарушенного развития, при котором наблюдается смягчение дизонтогенетических нарушений с течением времени [4, 8]. Клинически это выражается в смене кататонических расстройств гиперкинетическими проявлениями, наряду с ослаблением аутизации, когнитивных нарушений, началом становления речи. Асинхрония психического развития является ключевой особенностью детского аутизма, которая проявляется опережением становления абстрактного мышления над наглядным, а также усилением логического компонента когнитивных процессов в ущерб формированию «социального интеллекта».

Выделение различных объективных маркеров аутизма и шизофрении существенно упрощает дифференциально-диагностическую задачу данных нозологий, помогает понимать и системно решать вопросы эффективной (ре)абилитации пациентов. В рамках мультидисциплинарного изучения детского аутизма и шизофрении в детско-подростковом возрасте в ФГБНУ НЦПЗ выделены патопсихологические особенности обеих нозологий, что подтверждает различный генез заболеваний. Патопсихологические профили пациентов предложено квалифицировать в рамках, выделяемых при той или иной нозологии, нескольких видах когнитивного дизонтогенеза, которые отличаются друг от друга как по выраженности асинхронии психического развития, так и по наличию когнитивных дефицитов, их глубине, формированию когнитивного дефекта [1, 5].

## МАТЕРИАЛ

Исследование выполнено в ФГБНУ НЦПЗ (директор д-р. мед. наук, проф. Т.П. Ключник). На базе отдела детской психиатрии (и.о. зав. отделом, ведущий научный сотрудник, канд. мед. наук Балакирева Е.Е.) было обследовано 127 пациентов детской клиники ФГБНУ НЦПЗ (возраст от 4 до 15 лет, средний возраст 6,7 лет), имеющих диагнозы «Детский аутизм F84.02», «Шизофрения, детский тип F20.8xx3» [9].

## МЕТОДЫ

Клинико-психопатологический, экспериментально-патопсихологический, клинко-динамический. Исходя из цели исследования, был сформирован экспериментально-диагностический комплекс методик, которые применялись для обследования всех групп больных. Перед началом патопсихологической диагностики учитывались возрастные и иные возможные особенности испытуемых — степень прогрессивности процесса, наличие задержек психологического развития, психическое состояние испытуемых. Патопсихологическое обследование проводилось вне остроты состояния. Используемые методики: шкала РЕР (Психологообразовательный тест) [20], позволяющая комплексно оценить уровень когнитивного развития детей с нарушениями психологического развития, начиная с раннего возраста; батарея специально подобранных патопсихологических методик, предназначенных для оценки мышления, восприятия, социальной перцепции и мелкой моторики [2, 6, 7]. Предметно-содержательный и операционный компоненты зрительного восприятия оценивались посредством методик «Фигуры Липера» и «идентификация формы». Для оценки основных мыслительных операций (анализ, синтез, сравнение, абстрагирование, обобщение, классификация, систематизация и т.п.) и предметно-содержательного аспекта мышления использовались методики «пересечение классов», «сравнение понятий», «конструирование объекта», «малая предметная классификация» [2]. Методика «Рисунок себя» позволила оценить особенности мелкой моторики пациентов. Для оценки социальной перцепции применя-

лись методики «распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов)», «смайлы», «международная система аффективных картин» (IAPS), «распознавание ложных убеждений» («Салли и Энн») [6, 11].

### ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для корректного выделения патопсихологического профиля использовалась пропорциональная комплексная балльная оценка результатов, полученных в ходе выполнения пациентами шкалы РЕР и патопсихологических методик. Необходимо отметить, что Психологообразовательный тест позволяет трактовать полученные результаты как положительные в случае успешного выполнения задания, отрицательные — в случае полного отказа и невыполнения задания, а также — удовлетворительные, которые предполагают наличие зоны ближайшего развития ребенка. В комплексную оценку и профиль входили положительные и удовлетворительные результаты. Несомненным достоинством подобного подхода также является возможность понимания и выявления когнитивных дефицитов при их наличии. Сопоставление результатов, полученных по шкале РЕР, с результатами выполнения патопсихологических методик позволило выявить не только наличие диссоциированной ретардации психического развития и наличие когнитивных дефицитов, но также и более сложные варианты асинхронии развития, сочетающие в себе как отставание по ряду исследуемых сфер, так и опережение по другим сферам. Таким образом, были выделены четыре подгруппы с различным уровнем когнитивного развития [5, 11], которые включали в себя асинхронное сочетание нормативного и опережающего развития с элементами отставания (первая подгруппа); асинхронное отставание от нормативного развития по некоторым сферам (вторая подгруппа); грубое отставание от нормативного развития по всем сферам (третья подгруппа); асинхронное развитие в ремиссии и прогрессивность дефекта по ряду сфер на протяжении приступа (четвертая подгруппа) [5, 11]. Сопоставление и анализ полученных результатов далее позволил в рамках выделения патопсихологических профилей

отнести их к различным видам когнитивного дизонтогенеза: искаженному, дефицитарному, дефицитарно-прогредиентному с постепенным нарастанием дефекта, регрессивно-дефектирующему [4, 5, 11]. Оказалось, что каждый из выделенных видов когнитивного дизонтогенеза был характерен для той или иной нозологии, что позволило описать «модель» комплексного нозологического профиля с учетом как клинической характеристики, так и патопсихологического профиля.

### МОДЕЛЬ КОМПЛЕКСНОГО НОЗОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПЕРВОЙ ПОДГРУППЫ (ПАЦИЕНТЫ С ДЕТСКИМ ДЕЗИНТЕГРАТИВНЫМ АУТИЗМОМ)

#### *Клиническая характеристика*

Пациенты первой подгруппы характеризовались преобладанием в клинической картине дизонтогенетических проявлений в виде аутизации и нарушений сенсорной сферы. Кататоническая симптоматика была представлена незначительно. Первые признаки нарушенного развития проявлялись в возрасте от полугода до полутора лет, когда становились очевидными трудности контакта, задержка формирования речи, а также специфические нарушения чувствительности в виде сочетания гипер- и гипостезий во вкусовой, слуховой, тактильной (болевой, температурной), зрительной сферах. До трех лет нарастали умеренно выраженные кататонические расстройства без формирования стойких двигательных стереотипий. Положительная динамика в состоянии наблюдалась с 3,5–4 лет в виде смягчения сенсорных особенностей, кататонических нарушений. Пациенты быстро набирали словарный запас, демонстрировали интерес к окружающему, привлекались к обучению [3, 12].

Реабилитационные мероприятия показывали значительную эффективность: смягчалось течение аутизма (с 35–39 баллов до 25–30 баллов по шкале CARS) [19], нивелировались кататонические расстройства (с 10–16 баллов до 3–8 баллов по шкале BFCRS) [14], улучшалось социальное функционирование (до 60–51 баллов по шкале PSP). Сохранялись дефицит внимания, неусидчивость, быстрая истощаемость и пресыщае-

мость, особенности социальных контактов со стремлением к общению в младшей возрастной группе, задержка формирования бытовых навыков, инфантильность, склонность к сверхценным интересам. [17].

*Патопсихологический профиль пациентов первой подгруппы* определялся наличием искаженного вида когнитивного дизонтогенеза. Пациенты, вошедшие в данную группу, демонстрировали умеренную несогласованность исполнительных когнитивных функций и речевой зоны на фоне асинхронного развития. Зрительное восприятие также характеризуется неравномерностью развития: отмечается нормативность предметно-содержательного компонента и легкая задержка операционного аспекта. Также выявляется своеобразие развития всех аспектов мышления. Сфера крупной и мелкой моторики в своем развитии не полностью соответствует возрастной норме. Отмечается рассогласованность в функционировании координации руки и глаза. Наблюдается небольшое нарушение вчувствования и сопереживания в постижении эмоционального состояния другого человека, недостаточное понимание тонкостей социальных ситуаций наряду с достаточным развитием системы побуждений, а именно потребностей, мотивов и интересов [1, 12].

#### **МОДЕЛЬ КОМПЛЕКСНОГО НОЗОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ВТОРОЙ ПОДГРУППЫ (ПАЦИЕНТЫ С ИНФАНТИЛЬНЫМ ПСИХОЗОМ)**

##### *Клиническая характеристика*

Основным клиническим проявлением у данной когорты больных являлся кататонический синдром. Начало расстройства приходилось на возраст 1,5–2 лет, когда на фоне развертывания аутистических проявлений в виде нарушений контакта, стереотипной деятельности, а также задержки развития речи, отмечалось нарастание кататонической симптоматики с преобладанием двигательного возбуждения, негативизма, явлений пластического тонуса мышц, двигательных стереотипий. К четырем годам в клинической картине начинали преобладать поведенческие расстройства, резкие колебания настроения. Кататония смягчалась до уровня гипердина-

мических нарушений. Появлялась речевая продукция, интерес к познавательной деятельности [3, 12].

Реабилитационные мероприятия, включая фармакологическую коррекцию, были направлены, в том числе, на смягчение кататонических нарушений (с 15–24 баллов до 10–13 баллов по BFCRS) [15]. Отмечалось ослабление аутистических проявлений (с 40 до 45 баллов до 30–35 баллов по шкале CARS) [19]. Несколько улучшалось социальное функционирование пациентов (до 50–41 баллов по шкале PSP). Длительно сохранялись проявления когнитивного дизонтогенеза с задержкой психоречевого развития, пациенты характеризовались выраженной инфантильностью, ограниченной способностью к приспособлению в социальных и бытовых ситуациях, трудностями контакта вне семейного круга, монотонностью интересов, быстрой астенизацией при учебной деятельности [17].

*Патопсихологический профиль пациентов второй подгруппы* определялся наличием как искаженного, так и дефицитарного видов когнитивного дизонтогенеза. Многообразие нарушенного психического развития зависело от сроков манифестации, длительности заболевания и количественной оценки умственных способностей пациентов. Когнитивные дефициты наиболее ярко проявляются при дефицитарном виде нарушенного развития. Они характеризуются разнонаправленной динамикой. Наилучший результат демонстрируют пациенты с положительной динамикой в клинической картине, рано попавшие в поле зрения клинического психолога и своевременно направленные к врачу-психиатру с целью верификации диагноза и начала комплексной (ре)абилитации. Пациенты данной группы характеризуются неравномерностью онтогенеза с нормативным развитием ряда сфер. Характерной чертой обследованных из данной группы является выраженная несогласованность когнитивных представлений и речевой зоны. У пациентов выявлено своевременное развитие зрительного восприятия, но отставание в моторике и координации руки и глаза. Наблюдается нарушение вчувствования, выявлен недостаток возможности сопереживать

и проявлять эмоции направленные вовне, а также сложности социализации и пребывания в социуме [1, 12].

### **МОДЕЛЬ КОМПЛЕКСНОГО НОЗОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ТРЕТЬЕЙ ПОДГРУППЫ (ПАЦИЕНТЫ С ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ)**

#### *Клиническая характеристика*

Основными определяющими характеристиками злокачественного течения шизофрении у детей являлись регрессивно-кататоническая симптоматика и быстрое нарастание грубого когнитивного дефекта. Проявления заболевания отмечались в раннем (предшкольном) возрасте с стремительного развертывания психотической симптоматики: пациенты переставали спать, отказывались от еды, становились возбужденными, агрессивными к родным, не реагировали на обращение, не пользовались речью, теряли сформированные навыки. Ближе к 4 годам становились очевидными негативные изменения: эмоциональная тупость, монотонная бесцельная активность, отсутствие интереса к окружающему. На фоне когнитивного дефекта олигофреноподобного типа возникали транзиторные вспышки позитивной симптоматики в виде эпизодов двигательного возбуждения, гетеро- и аутоагрессии, патологии влечений, страхов. Речевые навыки не восстанавливались [3, 12]. Реабилитационный потенциал пациентов из данной подгруппы ограничен, лекарственная терапия направлена на купирование психопатоподобных расстройств с целью предотвращения травматизации. Аутизм и кататонические нарушения в динамике изменялись незначительно (с 45 до 40 баллов по шкале CARS, 35 баллов и выше по BFCRS) [15, 19]. Социальное функционирование пациентов было сильно нарушено (от 20 баллов и ниже по шкале PSP). Пациенты были недоступны продуктивному контакту, равнодушны к окружающим событиям, демонстрировали глубокий эмоционально-волевой дефект, неспособность к самообслуживанию, оказывались беспомощными и опасными для самих себя при отсутствии контроля со стороны опекающих лиц [17].

*Патопсихологический профиль пациентов третьей подгруппы* определялся наличием регрессивно-дефектирующего нарушения развития с проявлением тотального гистерезиса от всех остальных описанных профилей. Пациенты группы демонстрировали выраженную недостаточность развития целостности зрительного восприятия, специфику рецептивных когнитивных функций, проявление грубой задержки в формировании операционного компонента восприятия, в связи с недостатком ментальной переработки зрительной информации. У пациентов были выявлены выраженные дефициты процессов мышления, а также ретардация моторной сферы. Отмечается недоразвитие эргопатических эмоций, в частности эмпатии, обнажение исключительно протопатических эмоций, что приводит к трудностям социального взаимодействия [1, 2, 12].

### **МОДЕЛЬ КОМПЛЕКСНОГО НОЗОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЧЕТВЕРТОЙ ПОДГРУППЫ (ПАЦИЕНТЫ С ПРИСТУПООБРАЗНО- ПРОГРЕДИЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ)**

#### *Клиническая характеристика*

Пациенты из данной подгруппы демонстрировали приступообразное течение заболевания с нарастанием негативной симптоматики в межприступном периоде. Начало заболевания приходилось на период раннего (предшкольного) возраста. Первый эпизод характеризовался полиморфизмом симптоматики с преобладанием кататонического возбуждения и задержкой формирования речевых навыков. С 4-х летнего возраста, в период первой ремиссии, отмечалось преобладание невротических и умеренных негативных расстройств, формировалась речь, навыки самообслуживания. Последующие приступы приходились на период возрастных кризов. С 6–7 летнего возраста в клинической картине появлялись галлюцинаторно-бредовые расстройства, доля которых увеличивалась с возрастом, приближаясь к таковому у взрослых. Негативная симптоматика нарастала после каждого перенесенного обострения, однако регресса навыков не наблюдалось [3, 12]. Реабилитация и лекарственная терапия позволяли смягчать течение

болезни. Отмечалась некоторая редукция аутистической и кататонической симптоматики (с 45 до 30–25 баллов по шкале CARS, по шкале BFCRS в 27–30 баллов в приступе и от 11 до 24 баллов в ремиссии) [15, 19]. Заметно страдало социальное функционирование (40–16 баллов по шкале PSP). Пациенты отличались эмоциональной уплощенностью, быстрой истощаемостью при учебных нагрузках, отсутствием стойких интересов и привязанностей, задержкой развития социальных, бытовых навыков, потребительским отношением к близким [17].

*Патопсихологический профиль пациентов с приступообразно-прогредиентной шизофренией* характеризуется наличием нарушенного онтогенеза дефицитарно-прогредиентного вида. Особенностью данного вида дизонтогенеза выступает неравномерность в формировании ментальных сфер с постепенно нарастающим когнитивным дефицитом. Наиболее ярко выражено отставание в операционном и предметно-содержательном компонентах мышления. Помимо нормативного развития зрительного восприятия, наблюдаются выраженные специфические нарушения мышления, характерные для шизофренического регистр-синдрома. Обнаруживается связь приступообразно-прогредиентного течения заболевания и усиления когнитивных дефицитов в отношении всех сфер мышления. У всех пациентов

отмечаются проявления моторного дизонтогенеза, проявляющиеся как в своеобразии походки, так и частых задержках в развитии моторных функций, таких как письмо (трудности в процессе написания букв и слов), овладении бытовыми навыками (трудности с открытием дверного замка при помощи ключа, при завязывании обувных шнурков). Наблюдается дезинтеграция в развитии эмпатии и социальной перцепции, иногда проявление эмпатии к неживым объектам, симптом «стекло и дерево» [1, 12].

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования с применением комплексной клинико-психологической диагностики у детей и подростков с детским аутизмом и шизофренией были выявлены клинические особенности данных нозологий, выделены виды нарушений когнитивного развития, показано их своеобразие и коморбидность с основным заболеванием. Примененный подход позволяет проводить своевременную мультидисциплинарную диагностику, которая способствует созданию наиболее эффективного персонализированного маршрута (ре)абилитации пациентов с детским аутизмом и шизофренией в детстве. Проведенная работа позволяет сформировать Модель комплексного нозологического профиля с выделением векторов будущих биологических исследований.

### Литература

1. Зверева, Н. В. Когнитивный дизонтогенез при расстройствах аутистического спектра и эндогенной психической патологии у детей и подростков / Н. В. Зверева, А. А. Коваль-Зайцев // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2016. – Т. 4. – № 2(13). – С. 12-18.
2. Зверева, Н. В. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление) / Н. В. Зверева, А. А. Коваль-Зайцев, А. И. Хромов. – Москва: ООО «Издательство МБА», 2014. – 40 с. – ISBN 978-5-9905933-0-5.
3. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / Н. В. Симашкова, Т. П. Ключник, Л. П. Якупова [и др.]. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2016. – 288 с. – ISBN 978-5-9704-3841-1.
4. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей / В. В. Ковалев. – М.: Медицина, 1979. – 608 с.
5. Коваль-Зайцев А.А. Социальная перцепция в контексте видов когнитивного дизонтогенеза у детей с расстройствами аутистического спектра. Дети. Общество. Будущее: сборник

- научных статей по материалам III Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века»: сборник статей. Т. 1. Москва: КНОРУС, 2020:297-301. DOI: 10.37752/9785406029381-78
6. Коваль-Зайцев, А. А. Виды когнитивного дизонтогенеза у детей, больных эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с аутистическими расстройствами : специальность 19.00.04 «Медицинская психология»: диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Коваль-Зайцев Алексей Анатольевич. – Санкт-Петербург, 2010. – 176 с.
  7. Коваль-Зайцев, А. А. Дифференциальная диагностика когнитивного дизонтогенеза у детей с расстройствами аутистического спектра / А. А. Коваль-Зайцев // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2016. – Т. 4. – № 2(13). – С. 19-23.
  8. Лебединский, В.В. Аутизм как модель эмоционального дизонтогенеза / В.В.Лебединский // Вестник московского университета, научный журнал серия 14 психология. №2 1996 апрель-июнь, с.3-37.
  9. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. / Под ред. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина - СПб.: Оверлайд. - 1994. - 303с.
  10. Симашкова Н.В. Рецензия – ответ на разбор случая Королевского медицинского общества. «Пропущенный диагноз – утраченная жизнь» // Современная терапия в психиатрии и неврологии (научно-практический журнал). – 2012. – №1. – С. 32-34
  11. Симашкова Н.В., Ключник Т.П., Коваль-Зайцев А.А., Якупова Л. П. Клинико-биологические подходы к диагностике детского аутизма и детской шизофрении // Аутизм и нарушения развития. – 2016. – Т. 14. – № 4(53). – С. 51-67.
  12. Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Иванов М.В., Никитина С.Г. Диагностические, клинико-психопатологические, патопсихологические аспекты обследования детей с расстройствами аутистического спектра. Психиатрия. 2021;19(1):45-53. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-45-53>
  13. Anthony, E. J. An experimental approach to the psychopathology of childhood autism. / E. J. Anthony // British Journal Medical Psychology. – 1958. – Vol. 31. – P. 211-225.
  14. Bleuler, E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien / E. Bleuler. – Handbuch der Psychiatrie, 1911. – P.149-169.
  15. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. Acta Psychiatr Scand. 1996;93(2):129-136. doi:10.1111/j.1600-0447.1996.tb09814.x
  16. Kanner, L. Autistic Disturbance of Affective Contact / L. Kanner // Nervous Child – 1943. – Vol.2. – P.217-250.
  17. Morosini, P. L. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning / P. L. Morosini, L. Magliano, L. Brambilla, S. Ugolini, R. Pioli // Acta Psychiatrica Scandinavica – 2000. – Vol.101. – №4. – P.323-329.
  18. Rutter, M. Autism and pervasive developmental disorders: Concepts and diagnostic issues / M. Rutter, E. Schopler // The Journal of Autism and Developmental Disorders. – 1988. – Vol.17. – P.159-186.
  19. Schopler E. The Childhood Autism Rating Scale / E. Schopler, R. Reichler, B. Renner – Los Angeles: Western Psychological Services, 1988.
  20. Schopler, E. Psychoeducational profile: Third edition (PEP-3) / E. Schopler, M. Lansing, R. Reichler, L. Marcus–Austin, TX: Pro-Ed, 2005.
  21. Wing, L. Diagnosis and Assessment in Autism. Current Issues in Autism / L. Wing – Springer, Boston, 1988.



# Острые психотические расстройства у девушек-подростков, госпитализированных бригадами скорой психиатрической помощи

**Н.Е. Кравченко<sup>1</sup>,**

канд. мед. наук, старший научный сотрудник, отдел по изучению проблем подростковой психиатрии

**С.А. Зикеев<sup>1</sup>,**

младший научный сотрудник, отдел по изучению проблем подростковой психиатрии

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

Проанализированы случаи экстренной госпитализации девушек, вызов бригад скорой психиатрической помощи (СПП) к которым был обусловлен психотическими расстройствами. Уточнены показания для госпитализации, особенности нозологического распределения и структура острых психотических состояний.

**Ключевые слова:** девушки-подростки, скорая психиатрическая помощь, неотложная госпитализация, психотические расстройства.

## Acute psychotic disorders in adolescent girls hospitalized by emergency psychiatric teams

**N.E. Kravchenko<sup>1</sup>,**

Cand. of Sci. (Med.), Senior Researcher, Department of Adolescent Psychiatry

**S.A. Zikeev<sup>1</sup>,**

Junior researcher, Department of Adolescent Psychiatry

<sup>1</sup> Federal State Budgetary Scientific Institution Mental Health Research Center (Kashirskoe shosse, 34, Moscow, 115522)

The cases of emergency hospitalization of girls, the call of emergency psychiatric teams to which was caused by psychotic disorders, were analyzed. The indications for hospitalization, the peculiarities of nosological distribution and the structure of acute psychotic states are clarified.

**Keywords:** teenage girls, emergency psychiatric care, emergency hospitalization, psychotic disorders.

Ежегодно за скорой медицинской помощью обращается каждый третий житель страны [5]. В Москве существует одна обслуживающая все население города станция скорой медицинской помощи им. А.С. Пучкова, включающая 61 подстанцию (данные за 2021 г.). В её функции входит, в том числе, и оказание скорой специализированной медицинской помощи, к категории которой, в частности, относится и скорая психиатрическая помощь (СПП). В среднем количество выездов СПП в Москве в течение суточного дежурства на одной подстанции составляет от 8–10 до 12, из них вызовы к детям школьного возраста и подросткам до 17 лет относительно редки — от 0 до 4. Вызовы бригад СПП

у взрослых психически больных зачастую определяются неожиданностью психического расстройства, непонятностью и непредсказуемостью последствий, при этом значительное число вызовов связаны не столько с ухудшением психического состояния, сколько с действием неблагоприятных факторов окружающей среды [1, 2]. Знание и понимание особенностей состояний, требующих экстренного медицинского вмешательства, дают возможность врачу СМП выбрать вариант того или иного решения о дальнейшей тактике [3]: а) необходимости неотложной госпитализации в специализированный психиатрический стационар; б) возможности после осмотра врача СПП лечения в амбулаторных условиях.

В связи с этим анализ нозологической структуры острых психотических состояний, причин вызова СПП к девушкам-подросткам и оснований для последующей неотложной госпитализации в государственные психиатрические учреждения представляется актуальным.

**Цель исследования:** уточнение нозологического распределения и клинических особенностей психотических состояний у подростков женского пола, причин их госпитализации в психиатрическое учреждение бригадами СПП на основании Закона о психиатрической помощи (далее — Закон).

**Материал и методы:** клинико-психопатологическим методом проанализированы психотические состояния у девушек-подростков, госпитализированных в течение календарного года (2009–2010 гг.) более 10 лет назад в острое отделение для девушек ныне закрытой КПБ №15 г. Москвы.

Из числа всех госпитализированных (172 чел.) в течение года были отобраны 43 пациентки, которые были стационарованы после осмотра психиатра СПП. Их доля среди всех госпитализированных составляла четверть (25,0 %) <sup>1</sup>. Средний возраст этих девушек был 16,3 года. Из них повторной госпитализации подверглись свыше трети девушек (17–41,9 %).

Можно отметить, что 10 лет назад возникшие впервые психотические состояния, вне зависимости от их нозологической принадлежности, чаще манифестировали в старшем подростковом возрасте, ближе к совершеннолетию, а именно: более чем у половины девушек (23 чел.) возраст к началу первого психотического эпизода составлял 17–18 лет.

Соответственно стандартам, вызов СПП и экстренная госпитализация показана во всех случаях острых психозов, вне зависимости от возраста, когда под влиянием психопатологических расстройств поведение больного может внезапно меняться, действия могут быть непредвиденными и опасными, при

необходимости разрешено применение мер физического стеснения. Остановившись на анализе событий, потребовавших экстренного вызова СПП к девушкам-подросткам, можно было отметить, что две трети (67,4 %) больных демонстрировали неадекватное поведение, обусловленное психотическим состоянием — психомоторное возбуждение, бредовое поведение, импульсивные поступки и т.п. Связанные с острым психотическим расстройством и выступавшие на первый план агрессивные действия (гетероагрессивные — у 7 больных и аутоагрессивные, в т. ч. суицидальные — у 7 больных) наблюдались почти у одной трети (32,6 %) пациентов.

Анализ причин выезда СПП к подросткам женского пола с последующей их госпитализацией показал, что согласно статье 29 Закона, основанием для недобровольного стационарирования более чем половины девушек (24–55,8 %) служил пункт «а», согласно той же статье и пункту «в» были интернированы в психиатрическое учреждение 17 (39,5 %) подростков, а применение пункта «б» использовано всего в 2 (4,7 %) случаях. Таким образом, у девушек-подростков критерий «опасности больного для себя или окружающих» являлся наиболее частым основанием для недобровольной госпитализации, реже применялся критерий «возможного вреда здоровью» и, наконец, единичными были случаи обоснования госпитализации согласно критерию «беспомощность». Похожим было и распределение причин насильственной госпитализации СПП у юношей-подростков [2].

Как показал анализ нозологий, наибольший удельный вес имели психотические состояния эндогенной природы. Нозологическое распределение представлено на рисунке 1.

Большую долю (37 %) составляли больные девушки с психотическими синдромами шизофренического генеза (F20). Диагноз полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении был выставлен в 28 % случаев. У 16 % девушек диагностировано шизоаффективное расстройство, у 9 %

<sup>1</sup> В предыдущем сообщении [2] при анализе причин вызова СПП к юношам-подросткам отмечено, что в течение года психотические состояния составляют примерно треть среди других нозологий.

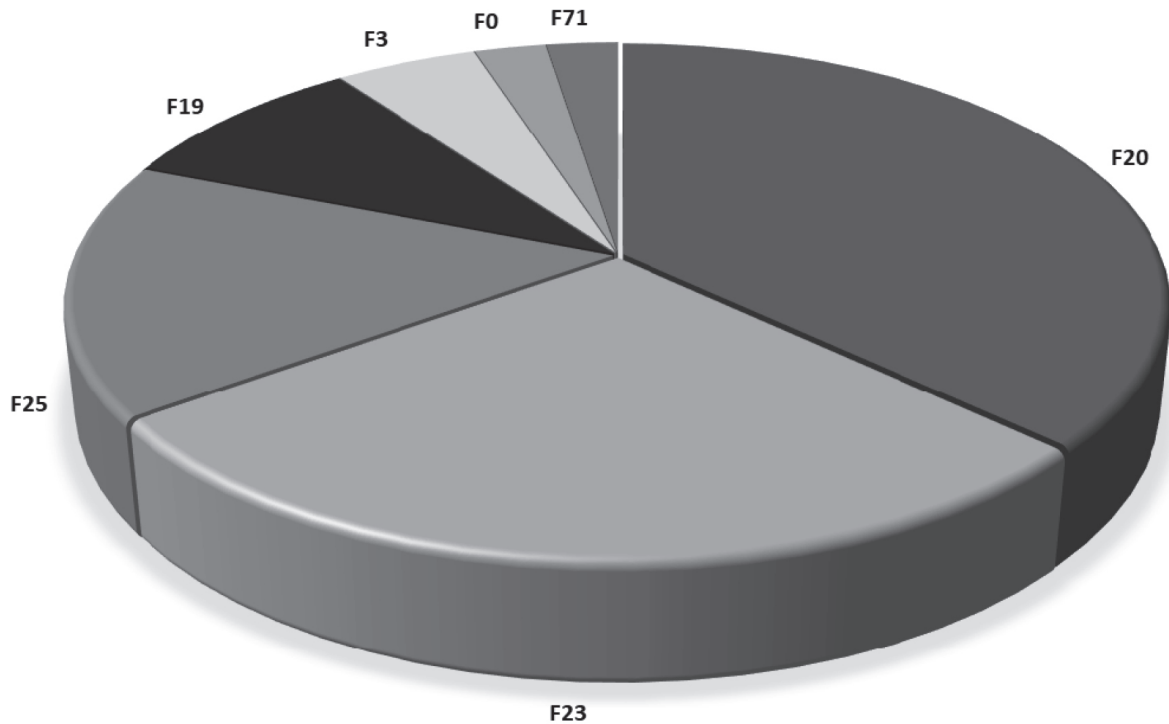


Рис. 1. Нозологическое распределение психотических состояний

отмечался делирий, связанный с употреблением ПАВ, в 5 % случаев имело место аффективное психотическое состояние. Наиболее редкими, единичными, были острый эпипетический бредовой психоз и психотическое состояние, развившееся на фоне умеренной умственной отсталости (по 2,5 % соответственно).

Установлено, что у больных психотической шизофренией наиболее часто имела место повторная госпитализация (у 11 из 16). При этом шизофренический психоз с началом в детском возрасте при повторной госпитализации был установлен у половины (у 8) этих больных. Также нередко повторно стационарировались девушки с шизоаффективным расстройством (4 из 7). Привлек внимание факт, что наименее прогрессивные из круга эндогенных психозов — аффективная болезнь, в частности, аффективный психоз (F3) и шизоаффективный психоз (F25), 10 лет назад были относительно редкой психотической патологией среди девушек-подростков, несмотря на высокий удельный вес собственно аффективных расстройств в структуре большинства острых психотических эпизодов.

В группе с диагнозом «острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении» (F23) отчетливо доминировали впервые госпитализированные больные (10 из 12). Можно предположить, что преобладание диагноза «острое полиморфное бредовое расстройство с симптомами шизофрении» (F23) у первично госпитализированных больных с острыми психозами обусловлено нежеланием подростковых психиатров в реабилитационных целях устанавливать сразу диагноз шизофрении (F20) — возможно, для того, чтобы несовершеннолетние пациенты при благоприятном выходе из психоза могли в будущем избежать стигматизации. На эту тенденцию в верификации первичных острых психотических состояний может косвенно указывать также значительное число повторных госпитализаций в группе больных с уже уточненным диагнозом шизофрении (в детстве), или при повторной госпитализации, когда после 1–2-х психотических приступов сформированы отчетливые негативные симптомы, и смягчить диагноз в подобной ситуации уже невозможно.

Клинико-типологическая картина острых психозов была представлена острыми бредовыми (10), аффективно-галлюцинаторно-бредовыми и галлюцинаторно-бредовыми с синдромом Кандинского-Клерамбо (11), полиморфными (4) синдромами, психотическими расстройствами с помрачением сознания (делириозным — 4, онейроидным — 3), а также аффективно-бредовыми (3) и аффективными (2) синдромами. У подростков женского пола наиболее часто имели место острые бредовые и аффективно-галлюцинаторно-бредовые психотические синдромы, наблюдающиеся в рамках эндогенных психозов. В клинической структуре психотических состояний при первичной госпитализации редкими были кататонические синдромы, мегаломанический парафренный бред, доминировали острый чувственный бред, аффективно-бредовые симптомокомплексы. В случаях повторной госпитализации чаще выявлялись кататонические расстройства (в основном, импульсивность, психомоторное кататоническое возбуждение, стереотипии), особенно у девушек, заболевших в детстве, а также — бредовые расстройства с синдромом Кандинского-Клерамбо.

**Заключение.** Таким образом, исследование острых психотических состояний у лиц женского пола показало, что манифестация психотических расстройств у девушек 10 лет назад возникала ближе к совершеннолетию — в 17–18 лет. Наиболее частым основанием для недобровольной госпитализации девушек-подростков с психотиче-

скими расстройствами в стационар являлся критерий «опасности больного для себя или окружающих» — пункт «а» статьи 29 Закона, по нашим наблюдениям он применялся в 55,8 % случаев, реже (у 39,5 %) использовался критерий «возможного вреда здоровью» при отказе в необходимой госпитализации — пункт «в» статьи 29 Закона, случаи применения пункта «б» статьи 29 Закона («беспомощность») у девушек-подростков оказались единичными (4,7 %). Подобное распределение критериев недобровольной госпитализации наблюдалось и у юношей-подростков, у которых, однако, доля больных, представляющих опасность для себя или окружающих, была несколько выше (72 %).

Наименее прогрессивная из круга эндогенных психозов — аффективная болезнь (в частности, аффективный психоз (F3)) — 10 лет назад являлась редкой психотической патологией среди девушек подростков, несмотря на высокий удельный вес собственно аффективных расстройств в структуре большинства острых психотических синдромов. В группе психотических состояний с последующей неотложной госпитализацией бригадами СПП у подростков женского пола чаще всего имели место острые бредовые, аффективно-бредовые и аффективно-галлюцинаторно-бредовые психотические синдромы, наблюдающиеся в рамках эндогенных психозов. При повторных госпитализациях нередко выявлялись кататонические расстройства, параноидные состояния, включающие синдром Кандинского-Клерамбо.

### Литература

1. Иванов В.С. Скорая психиатрическая помощь: правовые и клинические вопросы. – М.: Леланд, 2019. – 304с.
2. Кравченко Н.Е., Зикеев С.А. Основания неотложной госпитализации юношей-подростков с психотическими расстройствами. // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2021. №3-4. С.21-24.
3. Новицкий И.Я. Влияние клинических и средовых факторов на обращаемость в службу скорой психиатрической помощи. // Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва – 2008, 25 с.
4. Фиалко В.А. Клинические особенности течения неотложных заболеваний и возможность их распознавания на догоспитальном этапе. // Журнал «Врач скорой помощи». 2007. №3-4. - С.29-35.
5. Шляфер С. И. Анализ показателей работы скорой медицинской помощи в России // Скорая медицинская помощь. 2019. № 2. С. 4–13. doi: 10.24884/2072-6716-2019-20-2-4-13

# «Что я делаю, когда заболеваю ...»: BE-APB тест, определяющий индивидуальную готовность к действию в случае заболевания

**Н.Д. Семенова<sup>1,2</sup>,**

канд. психол. наук, ведущий научный сотрудник; доцент кафедры клинической психологии  
Факультета клинической психологии и социальной работы

**С.Ш. Юсупова<sup>2</sup>,**

студентка Факультета клинической психологии и социальной работы

<sup>1</sup>Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава РФ (107076, г. Москва, ул. Потешная, д.3, к. 10).

<sup>2</sup>Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Минздрава РФ (117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1).

В данной работе затрагиваются вопросы, связанные с индивидуально-специфическими поведенческими стратегиями и реакциями человека, только начинающего испытывать дискомфорт в самочувствии. Методикой для исследования индивидуальной готовности к тем или иным действиям в случае начинающегося заболевания является предлагаемый в работе тест BE-APB, разработанный группой немецких авторов и получивший широкое распространение в Германии. Методика представляет определенный интерес и может войти в методический арсенал исследователей и врачей.

**Ключевые слова:** начинающееся заболевание, индивидуальная готовность к действиям, тест BE-APB.

## «What do I do when I get sick ...»: BE-APB test that determines individual readiness for action in case of illness

**N.D. Semenova<sup>1,2</sup>,**

Candidate of Psychological Sciences, Lead Researcher; Associate Professor of the Department of Clinical Psychology of the Faculty of Clinical Psychology and Social Work.

**S.Sh. Yusupova<sup>2</sup>,**

student of the Faculty of Clinical Psychology and Social Work.

<sup>1</sup>Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of the National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky of the Ministry of Health of the Russian Federation (107076, Moscow, Poteshnaya str., 3, room 10).

<sup>2</sup>Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "N.I. Pirogov Russian National Research Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation (1 Ostrovityanova str., Moscow, 117997).

This paper addresses issues related to individual-specific behavioral strategies and reactions of a person who is just starting to experience discomfort in well-being. The BE-APB test proposed in work, developed by a group of German authors and widely used in Germany, is the method for studying individual readiness for specific actions in the case of incipient disease. The technique is of particular interest and can be included in the methodological arsenal of researchers and doctors.

**Keywords:** discomfort in well-being, individual-specific behavioral strategies, BE-APB test.

### ВВЕДЕНИЕ

Любому человеку знакомо состояние ухудшения самочувствия, оно испытывалось неоднократно. Усталость, тошнота, головокружение, нарушения в деятельности кишечника, респираторные симптомы, головные боли, боли в горле и в суставах, низкотемпературная лихорадка и т.п., — с такими симптомами легкого нездоровья человек, начиная с детства, уже свыкся.

Синяки, ссадины и ушибы, незначительные травмы у большинства людей не вызывают особой озабоченности — они убеждены, что все это, в том числе и боль, пройдет. С другой стороны, человек уже понимает, что не все болезни проходят сами по себе и в определенных случаях необходимо обратиться к врачу. Врач прописывает лекарство, человек покупает лекарство в аптеке, и далее — добросовестно принимает его,

либо не принимает, по каким-то причинам не желая следовать медицинским рекомендациям. «Модель болезни», созданная самим человеком, может существенно отличаться от ее (болезни) медицинского толкования. Врач часто опирается на стандарты биомедицинского подхода, между тем, актуальное следование пациента рекомендациям врача, как было неоднократно показано [10, 12, 18], — суть функция модели болезни самого пациента, как человека, модели «здорового смысла», «жизненного представления» и т.п. Многие люди, следуя или не следуя рекомендациям врачей, в конце концов, выздоравливают. Некоторым, однако, знаком опыт медицинского стационара, «больничной» опыт. Этот опыт может служить основой для проявления особого беспокойства, в случае начинающегося, еще непонятного человеку заболевания [23, 30].

Что испытывает человек с того момента, когда начинает осознавать, что, как ему кажется, он заболевает или уже заболел? Какие чувства охватывают его, как он представляет себе свое заболевание, какими «теориями» пытается объяснить возникновение и суть недомогания, какие действия намеревается предпринять, чтобы справиться с ним? Данные вопросы ставятся и рассматриваются многими исследователями [14, 15, 22 и др.].

### ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

В отечественной клинической психологии данные вопросы изучались сквозь призму «внутренней картины болезни» (ВКБ). Изучались факторы, влияющие на ее формирование и динамику, ставилась проблема психологической типологии ВКБ, рассматривались вопросы нозологической специфики и динамики ВКБ в зависимости от характера болезни и обстоятельств, в которых она протекает [1, 2, 5].

Психологические характеристики ВКБ как продукта активной деятельности пациента можно исследовать с первых этапов зарождения и до развертывания полной картины [7]. ВКБ — вторичный, психологический по своей природе феномен, некое новообразование, имеющее сложную структуру; это образование динамичное, меняющее свое содержание в зависимости от пола, возраста, степени витальной угрозы и длительности болезни [7].

В структуре ВКБ выделяют ряд компонентов [2, 5]:

- *сенсорный*, который весьма неоднороден и включает ощущения (преимущественно болезненные), а также сопутствующий этим ощущениям эмоциональный тон;

- *интеллектуальный* компонент включает информацию о болезни, знания о ней, почерпнутые из опыта болезни и из других источников;

- *эмоциональный* компонент, в виде эмоциональной реакции на болезнь, представляет наиболее динамичную часть ВКБ;

- *мотивационный* компонент — личностный смысл болезни и ее последствий с точки зрения ценностей больного.

ВКБ — явление формирующееся, представляющее из себя сложный по строению «сомато-перцептивный образ» [6, 7], с позиций теории деятельности рассматриваемый как феномен сознания. Началом формирования ВКБ служит возникновение «чувственной ткани» образа, некоего строительного материала. Ощущения человека, начинающего испытывать дискомфорт в самочувствии, сначала трудноуловимы, разрозненны, нечетко локализованы, они с трудом вербализуются и плохо рефлексированы. У заболевшего человека еще нет интроспективного образа, налицо лишь предпосылки к его созданию. Далее следует этап *первичного означения* — как опосредование телесного ощущения системой эталонов и категорий. Выраженное в слове качественно меняет телесные ощущения: они становятся конкретными, получают определенную локализацию. Все это дает возможность их когнитивной оценки и рефлексии. Следующим шагом является этап *вторичного означения* или создание «концепции болезни». Здесь собственные телесные ощущения уже соотносятся с социокультурными эталонами, стереотипами, существующими в данном обществе мифами относительно здоровья и болезней. На данном этапе ощущения человека приобретают уже качество симптомов того или иного заболевания. Завершающим этапом является становление *личностного смысла* болезни — соотнесение болезни с системой мотивов и ценностей человека [6, 7].

Особый интерес представляет вопрос о методических возможностях изучения ВКБ [2, 4, 5]. Создание всеобъемлющей методики для иссле-

дования ВКБ — задача чрезвычайно сложная. Для изучения ВКБ привлекаются психосемантические методики разного типа, модифицированные проективные методы (рисуночные или сконструированные по типу ТАТ), те или иные опросники, личностные методики (варианты методики «Локус контроля болезни и здоровья»), а также различные экспериментальные процедуры (по типу «плацебо»).

В данной работе мы в основном затрагиваем вопросы, связанные с индивидуально-специфическими поведенческими стратегиями и реакциями человека, испытывающего недомогание. Как уже было сказано, ощущения человека, только начинающего испытывать дискомфорт в самочувствии, с трудом вербализуются и рефлексированы. ВКБ лишь начинает свое формирование. Насколько различаются люди в своем поведении при возникновении первых признаков недомогания и далее, при усугублении недомогания, вплоть до того момента, когда становится очевидной необходимость обращения к врачу. Методикой для исследования индивидуальной готовности к тем или иным действиям в случае начинающегося заболевания и является предлагаемый ниже тест ВЕ-АРВ (см. ПРИЛОЖЕНИЕ).

#### ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГОТОВНОСТИ К ДЕЙСТВИЮ В СЛУЧАЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Теоретическую основу здесь составил конструкт *поведение в случае заболевания*, изучаемый медицинской психологией с привлечением важнейших разработок медицинской социологии. Исследуются ощущения, познавательные процессы, эмоциональные реакции и актуальные действия человека в ситуации болезни [24, 29].

Ориентировочную основу для создания инструмента ВЕ-АРВ составили именно такие исследования, проходящие на стыке медицинской психологии и социологии [16, 17, 27]. Так, различают социологическую и психологическую модели поведения в случае заболевания. Психологическая модель — это действия заболевшего человека, в которых учитываются не только такие моменты как степень витальной угрозы со стороны болезни, но и социокультурные и психосоциальные условия среды, вос-

приятие и толкование человеком ситуации, его возможности и способности для преодоления болезни. Результаты индивидуального анализа ситуации и определяют собственно поведение, направленное на конструктивное разрешение ситуации начинающегося заболевания. Социологическая модель фокусируется на тех или иных ролях заболевшего человека, динамично сменяющих друг друга при взаимодействии человека с медицинской системой, как таковой. Здесь описывается динамика, состоящая из нескольких фаз: 1) восприятие симптомов; 2) роль «больного» как социальная роль; 3) контакт с системой здравоохранения; 4) роль «пациента»; 5) решение задач, предписываемых ролью «пациента» и/или изменение роли «пациента». Отметим и соотношение ролей: в большинстве случаев пациенты — это больные, однако можно быть «пациентом» и не быть при этом «больным», и наоборот [29].

Немецкие исследователи, изучавшие поведение в случае заболевания в рамках медико-психологической и медико-социологической модели, в основном опирались на известные в свое время работы Johannes Siegrist [31]. Для описания действий больного он использовал выражение «поиск помощи» вместо «действия в случае заболевания», и фокусировался на «интрапсихических» процессах (восприятие, отношение, социальные ценностные характеристики). Находясь в позиции «поиска помощи» — еще до момента принятия врачебной помощи — которую, по Михаэлю Балинту [9], называют «неорганизованной фазой болезни», индивид проходит несколько ступеней принятия решения, связанных с особенностями восприятия симптомов. На первой ступени симптомы часто игнорируются и/или преуменьшаются, предпринимаются попытки заняться самолечением. Вторая ступень определяется следующим: вышеописанные действия не приносят результата, и заболевающий решает обратиться за советом или помощью к пользующемуся у него авторитетом «доверенному лицу». Этим лицом может быть супруг, близкий человек, родственник и др. Тем самым индивид начинает взаимодействовать со своим социальным окружением. Нередко это «доверенное лицо» оказывает на индивида давление, заставляя его обратиться за помощью к специалисту. Третья ступень определяется тем, что заболевающий все еще

не решается обратиться к врачу и пытается совладать с болезнью иначе — консультироваться с продавцом в аптеке, обращаться к частнопрактикующим врачам (преимущественно «народной», «восточной» и прочей медицины), целителям и т.д. Наконец, наступает четвертая ступень: когда все эти меры оказываются безрезультатными, заболевший, в конце концов, приходит к врачу.

В русле подхода Johannes Siegrist [31] описаны также два полярных типа поведения: поиск медицинской помощи и избегание (отторжение) медицинской помощи [26]. Готовность обратиться к врачу незамедлительно зависит не только от личных установок и тех или иных невротических включений, но и от норм социальной группы, к которой принадлежит индивид [26, 31].

Поведение в случае заболевания изучалось и в классических работах о психосоматическом симптомообразовании в рамках модели стресса [3, 20, 21, 32]. Здесь указывается на «иерархию отрицания» в случае заболевания, воспринимаемого как стресс [11]:

- 1) признаки заболевания не принимаются во внимание;
- 2) признаки заболевания не оцениваются как угрожающие;
- 3) признаки заболевания не классифицируются по степени опасности;
- 4) шансы на выздоровление занижаются («Уже ничего не поделаешь!»);
- 5) отрицается собственная озабоченность и/или страх смерти;
- 6) собственная озабоченность и/или страх смерти расцениваются как необоснованные.

На эти и другие производные психологических и социальных наук опирались создатели вышеупомянутого теста ВЕ-АРВ, представляющие кафедры медицинской психологии, психотерапии и психосоматической медицины Ульмского университета [8]. Обследовались здоровые индивиды [33], исследование далее вошло в клиническую часть лонгитюдного учебного плана (МРРР), разработанного данными кафедрами, в рамках непрерывного, интенсивного и ориентированного на пациента психосоматического и психосоциального содержания МРРР [8].

Из недавних по времени работ с использованием теста ВЕ-АРВ, а также родственного

данному теста той же группы авторов [35, 36], следует указать на эмпирическое исследование Matthias David с соавт. [13]. В нем также подчеркивается особая важность социокультурного контекста и соответствующих эталонов, когда мы говорим о формировании субъективных представлений пациента о своем заболевании. Эти представления затем влияют на дальнейшее поведение в отношении здоровья и на решения, касающиеся лечения. Изучались убеждения пациентов о причинных факторах заболевания на большой выборке женщин ( $n = 482$ ) крупного европейского города, обратившихся в клинику за помощью по поводу миомы. Авторы использовали модифицированную версию опросника Patient Theory Questionnaire [35, 36], где представлены 16 наиболее распространенных мнений о причинах данного заболевания (миомы) — и просили пациенток оценить их по пятибалльной шкале. Наиболее частыми ответами на вопрос о возможных причинах были следующие: «наследственная предрасположенность к миомам» (67,3 %), «перестройка в организме в определенный период жизни» (63,5 %), «стресс на работе или дома» (49,3 %) и врожденная склонность реагировать на психологический стресс соматическими расстройствами» (41,8 %). Интересно, что почти половина пациенток выборки указали на стресс и соматизацию как на причины данной болезни. Делается справедливое заключение о том, что врачам, наблюдающим женщин с миомами, следует учитывать эти наличествующие у пациенток дополнительные скрытые причины для обращения за медицинской помощью [13, 28].

#### ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ

Психологический тест ВЕ-АРВ выявляет поведенческие приоритеты человека в случае так называемой «нормальной болезни». Данный тест, разработанный группой немецких авторов [34] и получивший широкое распространение в Германии [8, 19], представляет определенный интерес и будет входить в методический арсенал планируемого авторами статьи исследования. Тест переведен на русский язык, адаптирован и стандартизирован на соответствующей выборке русскоязычной популяции — исследовались жители г. Москвы ( $n = 300$ ). Перевод на русский язык, а также сбор данных производился одним из авторов статьи (СНД). Данные приведены



в публикации Отделения медицинской психологии и социологии Лейпцигского университета, Германия [25].

### ИНСТРУМЕНТ

Тест ВЕ-АРВ представлен в ПРИЛОЖЕНИИ. После вводного предложения «Когда я заболела или у меня появляется телесное недомогание ...» следует перечень, состоящий из 49 утверждений, представляющих собой поведенческие приоритеты человека в случае «нормальной болезни». Например: «... Я обращаюсь к домашней аптечке и смотрю, могу ли я найти там что-то подходящее». Испытуемые формулируют ответ, помечая крестиком соответствующее место на пятибалльной шкале (от 4 до 0), где 4 = «верно», 0 = «неверно».

Далее мы приведем некоторые выборочные данные, касающиеся теста ВЕ-АРВ, опуская ряд сведений, представляющих интерес для исследователя в области психодиагностики.

Результаты факторного анализа, а также последующей доработки, позволили выделить 8 факторов-шкал:

1. Обеспокоенность в связи с заболеванием (...Я сразу же начинаю беспокоиться, не стоит ли за этим что-то более серьезное...).
2. Отрицание/стоицизм (...Я не придаю серьезного значения моим недомоганиям...).
3. Самопомощь (...Я обращаюсь к домашней аптечке и смотрю, могу ли я найти там что-то подходящее...).
4. Народная медицина (...Я стараюсь лечиться с помощью травяных настоев...).
5. Поиск совета (...Я спрашиваю совета у друзей и знакомых...).
6. Ориентация на биологическую медицину (...Я иду к специалисту...).
7. Ориентация на психосоциальные моменты (...Я стараюсь разобраться с социальными и житейскими проблемами, которые отчасти способствовали моей болезни...).
8. Поиск смысла (...Я принимаю болезнь отчасти как испытание, из которого я могу извлечь уроки...).

То, как часто и с какой интенсивностью осуществляется индивидом та или иная стратегия поведения, требует отдельного обсуждения, которое мы оставляем за рамками данной статьи. Авторы, разработчики теста, пытались ответить на вопрос, чем и как объясняется широкий

спектр поведенческих приоритетов человека при возникновении у него первых признаков недомогания.

Восемь шкал выстроены таким образом, что они следуют хронологии заболевания. На начальной стадии индивид колеблется между беспокойством (шкала 1) и отрицанием (шкала 2). После того, как осознает, что болен и, если симптомы заболевания кажутся ему все же безобидными, он старается вылечиться своими силами (шкала 3) и при этом прибегнуть к средствам народной медицины (шкала 4). Если же симптомы заболевания усугубляются, и человек чувствует себя обессиленным и растерянным — он обратится за помощью, лежащей в пределах его социального окружения (шкала 5). Если же заболевание оказалось серьезным, длится уже более трех дней, и человек при этом действительно испытывает страдания, то неизбежным становится его визит к врачу (шкала 6). Если болезнь принимает затяжной, хронический характер, и ее лечение требует длительного времени, то на первый план выходят психосоциальные стратегии (шкала 7), а также философские и/или духовные устремления (шкала 8).

Так, простудное заболевание (грипп, ОРВИ и т.п.) в начальной стадии может проявляться в виде слабовыраженных симптомов: усталость, мышечная слабость, боль и воспаление в горле, низкотемпературная лихорадка, плохая концентрация и т.п. Большинство людей не обращает на эти симптомы особого внимания (шкала 2), связывая их с усталостью, утомлением, возрастом, стрессом, несоблюдением диеты, «плохими днями» и т.п. Тогда как часть людей, тех, кто внимательно прислушивается к реакциям своего организма, фиксируются на этих неспецифических симптомах, связывая их с наличием у себя той или иной болезни. Эти люди, склонные к ипохондрии, сразу же станут проявлять беспокойство (шкала 1). Если вирус гриппа развивался в организме неактивно и постепенно редуцировался, то даже лица с ярко выраженной ипохондрической тенденцией успокоятся (шкала 2). Если же вирус оказался сильнее, тогда и бывшие до того момента невозмутимыми лица начинают проявлять беспокойство (шкала 1). Хотя «беспокойство» и «отрицание» образуют пару противоречащих друг другу явлений, в период заболевания у одного и того же человека

обе реакции могут быть в равной степени задействованы.

В то время как одни, заболев, первым делом испробуют на себе «бабушкины рецепты» (шкала 4), другие без промедления обратятся к профессионалам — врачам (шкала 6). Если же народные средства не помогают, то даже самые ярые приверженцы подобного самолечения будут вынуждены обратиться в медицинское учреждение (шкала 6). Народная медицина и медицина официальная находятся здесь не в состоянии антагонизма, а в единстве, и рассматриваются как дополняющие друг друга, нежели альтернативные явления.

Как выявили авторы, разработчики теста [34], беспокойство в связи с заболеванием (шкала 1) и доверие к биомедицинской системе (шкала 6) находятся в косвенном соотношении, то есть, они не полностью независимы друг от друга. Между шкалами имеется корреляция: беспокойство в связи с заболеванием является решающим мотивом для посещения врача, который сможет устранить причину такого беспокойства.

Стратегия самопомощи (шкала 3) представляет собой важный момент в динамике поведения болеющего человека. Самопомощь и поиск совета у врача (шкала 6) частично исключают друг друга. Тот, кто желает лечиться сам, может субъективно обойтись без помощи врача. Меры самопомощи частично предполагают приверженность средствам народной медицины (шкала 4): между этими шкалами имеется корреляционная взаимосвязь.

Самопомощь поддерживает и еще одну связь, хотя и очень слабую, со шкалой 1 (отрицание/стоицизм). Наличие такой связи объяснимо: многие заболевания, например, сезонные простудные заболевания, рано или поздно проходят сами или вылечиваются при помощи народных средств [31].

Важную роль в динамике поведения в случае заболевания играют стратегии по типу психосоциальной ориентации (шкала 7). Имеется, хоть и слабая, связь шкалы 1 (обеспокоенность в связи с заболеванием) со шкалой 7. Обеспокоенность в связи с заболеванием коррелирует как с психосоциальной ориентацией, так и с ориентацией на биологическую медицину (шкала 6). Индивид, обеспокоенный заболеванием (шкала 1), склонен к полипрагма-

тизму: если выбранная стратегия не устраняет имеющееся беспокойство, предпринимаются дальнейшие шаги — не вместо первоначальных, но в дополнение к ним. Психосоциальная ориентация коррелирует со шкалой 4 (народная медицина). Это объясняется имплицитной идеологией народной медицины — целостным, холистическим подходом. В народной медицине медикаментозные или физические меры часто комбинируются с мерами психологическими и психосоциальными. Корреляция между шкалой 7 и шкалой 4 как раз и отражает эту идеологию.

С возрастом, пять нижеперечисленных шкал начинают существенно коррелировать. Пожилые люди более склонны к отрицанию, подавлению и стоицизму (шкала 2), в меньшей степени прибегают к самопомощи (шкала 3), больше нуждаются в социальной поддержке (шкала 5), больше доверяют биомедицинской системе (шкала 6) и стремятся к поиску смысла (шкала 8). Пожилые стоически реагируют на тягостные проявления заболевания, они быстрее изъявляют готовность обратиться к врачу и более спокойно, по сравнению с молодыми, относятся к тому обстоятельству, что, быть может, придется смириться с фрустрацией, связанной с обстоятельствами заболевания.

Ни одна из шкал не демонстрирует связи предпочитаемых стратегий с полом индивида. Мужчины и женщины, как оказалось, не отличаются в плане готовности к тем или иным специфическим действиям в случае начинающегося заболевания.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Представленный здесь тест может быть использован в исследовании. Нижеперечисленные четыре шкалы вполне достоверны, и их можно применять в индивидуальной диагностике: обеспокоенность в связи с заболеванием (шкала 1), народная медицина (шкала 4), ориентация на психосоциальные моменты (шкала 7) и поиск смысла (шкала 8). Остальные шкалы — отрицание/стоицизм (шкала 2), самопомощь (шкала 3), поиск совета (шкала 5) и ориентация на биологическую медицину (шкала 6) — можно использовать в исследовательских целях в области медицинской психологии, медицинской социологии и социальной медицине, в экономике здравоохранения.

**Литература**

1. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания // М.: Медицина. – 1977. – Т. 112.
2. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. – Изд-во Моск. ун-та, 1987.
3. Селье Г. Стресс без дистресса // Журнал неврології ім. БМ Маньковського. – 2016. – №. 1. – С. 78-89.
4. Смирнов В. М., Резникова Т. Н. Основные принципы и методы психологического исследования внутренней картины болезни. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – 1983.
5. Соколова Е. Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – 1995.
6. Тхостов А. Ш. Интрацепция в структуре внутренней картины болезни: автореф. дисс. док. психол. наук. – 1991.
7. Тхостов А. Ш., Арина Г. А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // В кн.: Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. – Л., 1990. – С. 32-38.
8. Allert G. et al. Das interdisziplinäre Längsschnittcurriculum „Medizinische Psychologie, Psychotherapie und Psychosomatik“ an der Universität Ulm // PPM-Psychotherapie • Psychosomatik • Medizinische Psychologie. – 2002. – Т. 52. – №. 08. – С. 355-362.
9. Balint M. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. – Klett-Cotta, 2010.
10. Bermejo I, Muthny FA. Laintheorie zu Krebs und Migration in Europa. Ein transkultureller Vergleich zwischen Deutschen und Spaniern [Lay theories of cancer and migration in Europe. A transcultural comparison between Germans and Spaniards]. Nervenheilk 2006; 25: 372–9.
11. Breznitz S. The seven kinds of denial // The denial of stress. – 1983. – С. 257-280.
12. Christeiner S. Frauen im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Krankheit: Subjektive Befindlichkeitseinschätzungen und Ursachenattribuierungen von Laien [Women in the tension zone between health and illness: subjective assessments of sensitivity and causal attributions of lay-women]. Bielefeld: Kleine; 1999.
13. David M., Alpheus M., Kentenich H. Patients' beliefs about the causes of myomas: a pilot study from a large European city // Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. – 2017. – Т. 38. – №. 4. – С. 301-309.
14. David M, Borde T. Warum bin ich krank? Kulturell-ethnische Aspekte der subjektiven Krankheitstheorie am Beispiel türkischstämmiger Migrantinnen [Why am I sick? Cultural-ethnic aspects of the subjective theory of illness in the example of Turkish-origin immigrants]. In: Neises M, Schmidt-Ott G, eds. Gender, kulturelle Identität und Psychotherapie [Gender, cultural identity, and psychotherapy]. Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers; 2007:133–143.
15. David M, Borde T, Kentenich H. Warum bin ich krank? Subjektive Krankheitsursachenvorstellungen türki-schstämmiger und deutscher Patientinnen im Vergleich [Why am I sick? Subjective conceptions of the causes of illness of Turkish-originating and German patients in comparison]. In: Mattke D, Hertel G, Büsing S, Schreiber-Wilnow K, eds. Störungsspezifische Konzepte und Behandlung in der Psychosomatik [Disorder-specific concepts and treatment in psychosomatics]. Frankfurt: VAS-Verlag für akademische Schriften; 2002:20–25.
16. Herschbach P. Über den Unterschied zwischen den Kranken und Patienten. Psychother. Psychosom. Med. Psychol 1995; 45: 83-89.
17. Hornung R., Gutscher H. Gesundheitspsychologie: die sozialpsychologische Perspektive // Lehrbuch der Gesundheitspsychologie (65-87). Stuttgart: Enke. – 1994.
18. Hoth KF, Wamboldt FS, Bowler R, et al. Attributions about cause of illness in chronic obstructive pulmonary disease. J Psychosom Res 2011; 70: 465–72.

19. Kauderer-Hüber M, Zenz H, Buchwalsky R, Bruch L. Der Zusammenhang zwischen dem subjektiven Krankheitsbild von Herzinfarktpatienten mit Gesundheitsverhalten und Berufsaufnahme [The relationship between the subjective concept of illness of heart attack patients and health behavior and occupation]. In: Bischoff C, Zenz H, eds. *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit* [Patient concepts of body and illness]. Bern: Huber; 1989: 60.
20. Lazarus R. S. Stress and coping as factors in health and illness // *Psychosocial aspects of cancer*. – 1982. – T. 175.
21. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. – Springer publishing company, 1984.
22. Leist R, Schanzer K, Grigelat A, et al. Subjektive Krankheitstheorie und Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung durch Patientinnen mit Brustkrebs [Subjective theories of illness and utilization of psychosocial support by patients with breast cancer]. *Geburtsh Frauenheilk* 1998; 58: 27–32.
23. Lykins EL, Graue LO, Brechting EH, et al. Beliefs about cancer causation and prevention as a function of personal and family history of cancer: a national, population-based study. *Psychooncology* 2008; 17: 967–74.
24. Mechanic D., Volkart E. H. Stress, illness behavior, and the sick role // *American Sociological Review*. – 1961. – C. 51-58.
25. Merbach M., Wittig U., Brähler E. Vorstellungen von Gesundheit bei Migranten // *Public Health Forum*. – De Gruyter, 2003. – T. 11. – №. 1. – C. 13-14.
26. Moeller M. L. Krankheitsverhalten bei psychischen Störungen und die Organisation psychotherapeutischer Versorgung // *Nervenarzt*. – 1972. – T. 43. – C. 351-360.
27. Novak P. Krankheitsverhalten. In Wilker F, Bischoff C und Novak P (Hrsg.): *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*, 1994. S. 207 - 213; Urban und Schwarzenberg: München-Wien-Baltimore.
28. Petrie KJ, Weinman J. Why illness perceptions matter. *Clin Med (Lond)* 2006; 6: 536–9.
29. Pilowsky I. The concept of abnormal illness behavior // *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*. – 1990.
30. Rolf IA, Borde T, David M. Einflussfaktoren auf subjektive Krankheitskonzepte von Rettungsstellenpatient/innen [Factors influencing subjective concepts of illness in rescue center patients]. In: Braun C, Dmoch W, Rauchfuß M, eds. *Psychosomatik – ein Mythos? Beiträge der 35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V. 2006* [Psychosomatics ? a myth? Contributions of the 35th annual meeting of the German Society for Psychosomatic Gynecology and Obstetrics Association 2006]. Frankfurt: Mabuse; 2007:153–6.
31. Siegrist J. *Medizinische Soziologie*, 4., völlig neu bearb // Aufl., München. – 1988.
32. Steptoe A. Invited review: The links between stress and illness // *Journal of psychosomatic research*. – 1991. – T. 35. – №. 6. – C. 633-644.
33. Zenz H. *Arzt-Patient-Beziehung*. In Mark N und Bischoff C: *Psychosomatische Grundversorgung*. 1994. Deutscher Ärzte-Verlag: Köln
34. Zenz H., Hrabal V., Böller E., Raffalsky K., Lohr M., Rohn L. Was tue ich, wenn ich einmal krank bin ... Ein multidimensionaler Test individueller Handlungsbereitschaften im Krankheitsfall. *BE-APB*. 1994. Zentrum für allgemeine wissenschaftliche Weiterbildung, ZAWiW.
35. Zenz H, Bischoff C, Hrabal V. *Patiententheorienfragebogen (PATEF): Handanweisung* [Patient theory questionnaire (PATEF) manual]. Göttingen: Hogrefe; 1996.
36. Zenz H, Bischoff C. Fragebogen zum Krankheitsbild des Patienten [Questionnaire on the concept of illness of the patient]. In: Bischoff C, Zenz H, eds. *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit* [Patient concepts of body and illness]. Bern: Huber; 1989: 187–90.

**ПРИЛОЖЕНИЕ**

**BE-APB**

University Ulm  
Section Medical Psychology  
Am Hochstrasse 8  
89083 Ulm

Имя: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Пол: \_\_\_\_\_

**Когда я заболеваю или у меня появляется телесное недомогание ...**

	<b>верно</b>	<b>неверно</b>
1. Я стараюсь разрешить семейные проблемы, которые могли бы стать причиной моего недомогания.	4 3 2 1 0	
2. Я иду на консультацию к нашему семейному доктору.	4 3 2 1 0	
3. Я полагаюсь на эффективность домашних средств, которыми пользовались мои мама и бабушка.	4 3 2 1 0	
4. Я обращаюсь в аптеку и консультируюсь на предмет того, что можно сделать, чтобы устранить эти недомогания.	4 3 2 1 0	
5. Дожидаюсь, что все само собой пройдет.	4 3 2 1 0	
6. Я сразу же начинаю беспокоиться, не стоит ли за этим что-то более серьезное.	4 3 2 1 0	
7. Я покоряюсь судьбе, считаю, что эта болезнь послана мне в наказание.	4 3 2 1 0	
8. Я стараюсь разобраться с социальными и житейскими проблемами, которые отчасти способствовали моей болезни.	4 3 2 1 0	
9. Я иду к специалисту.	4 3 2 1 0	
10. Я стараюсь вспомнить, к каким средствам прибегала в подобных обстоятельствах моя мама или бабушка.	4 3 2 1 0	
11. Я спрашиваю совета у друзей и знакомых.	4 3 2 1 0	
12. Я стараюсь разубедить себя в серьезности моей болезни.	4 3 2 1 0	
13. Я чувствую желание говорить с каждым о моей болезни.	4 3 2 1 0	
14. Я убеждаю себя в том, что болезни - неотъемлемая часть жизни.	4 3 2 1 0	
15. Я пытаюсь решить душевную проблему, которая привела меня к болезни и мешает выздоровлению.	4 3 2 1 0	
16. Я стараюсь лечить себя сам.	4 3 2 1 0	
17. Я стараюсь получить совет или помощь от близкого человека (супруга) или родственника.	4 3 2 1 0	
18. Я часто чувствую себя беспомощным и не знаю, что могу предпринять при моей болезни.	4 3 2 1 0	
19. Я не придаю серьезного значения моим недомоганиям.	4 3 2 1 0	
20. Мне надо точно знать, какая конкретно у меня болезнь.	4 3 2 1 0	
21. Я становлюсь недоволен собой, потому что заболел.	4 3 2 1 0	
22. Я стараюсь избавиться от неурядиц в социальной жизни, что ввергли меня в болезнь.	4 3 2 1 0	

23. Я иногда думаю, что должен лечь в больницу.	4	3	2	1	0
24. Я стараюсь лечиться с помощью трав (травяных настоев).	4	3	2	1	0
25. Я сам лучше знаю, как мне можно помочь.	4	3	2	1	0
26. Часто я слишком поздно замечаю, что заболел.	4	3	2	1	0
27. Я просто теряюсь, когда у меня появляются симптомы недомогания.	4	3	2	1	0
28. Я спокойно полагаюсь на волю божью.	4	3	2	1	0
29. Я размышляю, можно ли в будущем снизить стресс, вызываемый буднями и текучкой событий.	4	3	2	1	0
30. Я полагаюсь на медицинскую помощь.	4	3	2	1	0
31. Я сам себе прописываю постельный режим в тех случаях, когда он уместен.	4	3	2	1	0
32. Я чувствую себя потерянным без помощи со стороны посторонних.	4	3	2	1	0
33. Я почти не обращаю внимания на неприятные чувства, которые связаны с болезнью.	4	3	2	1	0
34. Я страдаю от своих недомоганий сильнее, чем другие люди (когда они болеют).	4	3	2	1	0
35. Я стараюсь найти смысл моей болезни.	4	3	2	1	0
36. Я стараюсь обрести больше душевной стабильности.	4	3	2	1	0
37. Я полагаю, что на этот счет имеется соответствующее лекарство.	4	3	2	1	0
38. Я обращаюсь к домашней аптечке и смотрю, могу ли я найти там что-то подходящее.	4	3	2	1	0
39. Я принимаю любые советы.	4	3	2	1	0
40. Я не позволяю себе сильно волноваться по этому поводу и стараюсь подавлять мои страхи.	4	3	2	1	0
41. Я не могу успокоиться до тех пор, пока не узнаю, что моя болезнь является безобидной.	4	3	2	1	0
42. Я рассматриваю болезнь как неплохую возможность задуматься о себе.	4	3	2	1	0
43. Я стараюсь изменить некоторые черты моего характера, что привели к моей болезни.	4	3	2	1	0
44. Я скептически отношусь к тому, что врач реально может мне помочь.	4	3	2	1	0
45. Я стараюсь лечить себя натуральными, природными средствами.	4	3	2	1	0
46. Я не нуждаюсь ни в чьих советах.	4	3	2	1	0
47. Я стараюсь подавить страхи, вызванные болезнью.	4	3	2	1	0
48. Я часто представляю себе, что моя болезнь гораздо серьезнее, чем это потом на самом деле оказывается.	4	3	2	1	0
49. Я принимаю болезнь отчасти как испытание, из которого я могу извлечь уроки.	4	3	2	1	0

# Рассказ А.П. Чехова «Человек в футляре». Комментарий практикующего психиатра

В.И. Максимов

**Антон Чехов**  
**ЧЕЛОВЕК В ФУТЛЯРЕ**

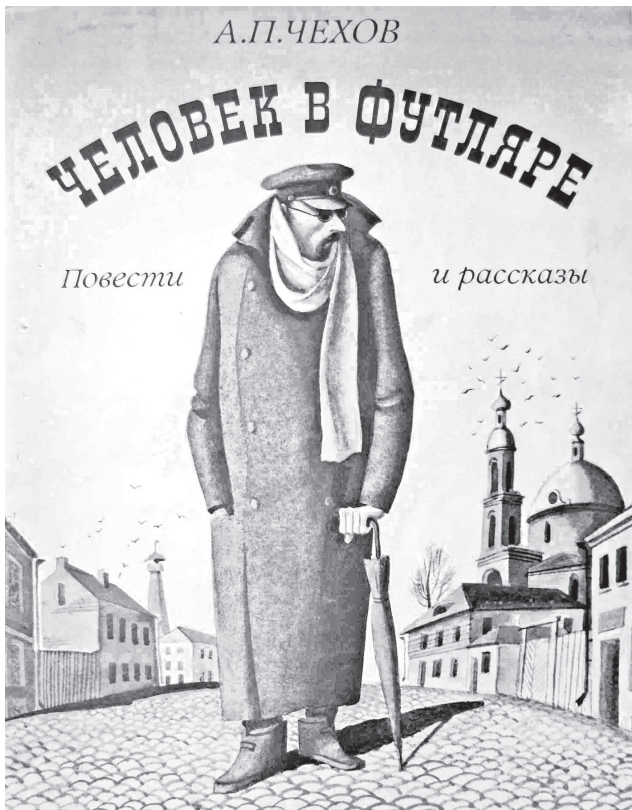
На самом краю села Мироносицкого, в сарае старосты Прокофия расположились на ночлег запоздавшие охотники. Их было только двое: ветеринарный врач Иван Иваныч и учитель гимназии Буркин. У Ивана Иваныча была довольно странная, двойная фамилия — Чимша-Гималайский, которая совсем не шла ему, и его во всей губернии звали просто по имени и отчеству; он жил около города на конском заводе и приехал теперь на охоту, чтобы подышать чистым воздухом. Учитель же гимназии Буркин каждое лето гостил у графов П. и в этой местности давно уже был своим человеком.

Не спали. Иван Иваныч, высокий, худощавый старик с длинными усами, сидел снаружи у входа и курил трубку; его освещала луна. Буркин

лежал внутри на сене, и его не было видно в потемках.

Рассказывали разные истории. Между прочим говорили о том, что жена старосты, Мавра, женщина здоровая и не глупая, во всю свою жизнь нигде не была дальше своего родного села, никогда не видела ни города, ни железной дороги, а в последние десять лет всё сидела за печью и только по ночам выходила на улицу.

— Что же тут удивительного! — сказал Буркин. — Людей, одиноких по натуре, которые, как рак-отшельник или улитка, стараются уйти в свою скорлупу, на этом свете не мало. Быть может, тут явление атавизма, возвращение к тому времени, когда предок человека не был еще общественным животным и жил одиноко в своей берлоге, а может быть, это просто одна из разновидностей человеческого характера, — кто знает? Я не естественник и не мое дело касаться подобных вопросов; я только хочу сказать, что такие люди, как Мавра, явление не редкое. Да вот, недалеко искать, месяца два назад умер у нас в городе некий Беликов, учитель греческого языка, мой товарищ. Вы о нем слышали, конечно. Он был замечательен тем, что всегда, даже в очень хорошую погоду, выходил в калошах и с зонтиком и непременно в теплом пальто на вате. И зонтик у него был в чехле, и часы в чехле из серой замши, и когда вынимал перочинный нож, чтобы очинить карандаш, то и нож у него был в чехольчике; и лицо, казалось, тоже было в чехле, так как он всё время прятал его в поднятый воротник. Он носил темные очки, фуфайку, уши закладывал ватой, и когда садился на извозчика, то приказывал поднимать верх. Одним словом, у этого человека наблюдалось постоянное и непреодолимое стремление окружить себя оболочкой, создать себе, так сказать, футляр, который уединил бы его, защитил бы от внешних влияний. Действительность раздражала его, пугала, держала в постоянной тревоге, и, быть может,



для того, чтобы оправдать эту свою робость, свое отвращение к настоящему, он всегда хвалил прошлое и то, чего никогда не было; и древние языки, которые он преподавал, были для него, в сущности, те же калоши и зонтик, куда он прятался от действительной жизни.

— О, как звучен, как прекрасен греческий язык! — говорил он со сладким выражением; и, как бы в доказательство своих слов, прищурился глаз и подняв палец, произносил: — Антропос!

И мысль свою Беликов также старался прятать в футляр. Для него были ясны только циркуляры и газетные статьи, в которых запрещалось что-нибудь. Когда в циркуляре запрещалось ученикам выходить на улицу после девяти часов вечера или в какой-нибудь статье запрещалась плотская любовь, то это было для него ясно, определено; запрещено — и баста. В разрешении же и позволении скрывался для него всегда элемент сомнительный, что-то недосказанное и смутное. Когда в городе разрешали драматический кружок, или читальню, или чайную, то он покачивал головой и говорил тихо:

— Оно, конечно, так-то так, всё это прекрасно, да как бы чего не вышло.

Всякого рода нарушения, отклонения, отступления от правил приводили его в уныние, хотя, казалось бы, какое ему дело? Если кто из товарищей опаздывал на молебен, или доходили слухи о какой-нибудь проказе гимназистов, или видели классную даму поздно вечером с офицером, то он очень волновался и всё говорил, как бы чего не вышло. А на педагогических советах он просто угнетал нас своею осторожностью, мнительностью и своими чисто футлярными соображениями насчет того, что вот-де в мужской и женской гимназиях молодежь ведет себя дурно, очень шумит в классах, — ах, как бы не дошло до начальства, ах, как бы чего не вышло, — и что если б из второго класса исключить Петрова, а из четвертого — Егорова, то было бы очень хорошо. И что же? Своими вздохами, нытьем, своими темными очками на бледном, маленьком лице, — знаете, маленьком лице, как у хорька, — он давил нас всех, и мы уступали, сбавляли Петрову и Егорову балл по поведению, сажали их под арест и в конце концов исключали и Петрова, и Егорова. Было у него странное обыкновение —

ходить по нашим квартирам. Придет к учителю, сядет и молчит и как будто что-то высматривает. Посидит, этак, молча, час-другой и уйдет. Это называлось у него «поддерживать добрые отношения с товарищами», и, очевидно, ходить к нам и сидеть было для него тяжело, и ходил он к нам только потому, что считал своею товарищескою обязанностью. Мы, учителя, боялись его. И даже директор боялся. Вот подите же, наши учителя народ всё мыслящий, глубоко порядочный, воспитанный на Тургеневе и Щедрине, однако же этот человек, ходивший всегда в калошах и с зонтиком, держал в руках всю гимназию целых пятнадцать лет! Да что гимназия? Весь город! Наши дамы по субботам домашних спектаклей не устраивали, боялись, как бы он не узнал; и духовенство стеснялось при нем кушать скоромное и играть в карты. Под влиянием таких людей, как Беликов, за последние десять — пятнадцать лет в нашем городе стали бояться всего. Боятся громко говорить, посылать письма, знакомиться, читать книги, бояться помогать бедным, учить грамоте...

Иван Иваныч, желая что-то сказать, кашлянул, но сначала закурил трубку, поглядел на луну и потом уже сказал с расстановкой:

— Да. Мыслящие, порядочные, читают и Щедрина, и Тургенева, разных там Боклей и прочее, а вот подчинились же, терпели... То-то вот оно и есть.

— Беликов жил в том же доме, где и я, — продолжал Буркин, — в том же этаже, дверь против двери, мы часто виделись, и я знал его домашнюю жизнь. И дома та же история: халат, колпак, ставни, задвижки, целый ряд всяких запрещений, ограничений, и — ах, как бы чего не вышло! Постное есть вредно, а скоромное нельзя, так как, пожалуй, скажут, что Беликов не исполняет постов, и он ел судака на коровьем масле, — пища не постная, но и нельзя сказать, чтобы скоромная. Женской прислуги он не держал из страха, чтобы о нем не думали дурно, а держал повара Афанасия, старика лет шестидесяти, нетрезвого и полоумного, который когда-то служил в денщиках и умел кое-как стряпать. Этот Афанасий стоял обыкновенно у двери, скрестив руки, и всегда бормотал одно и то же, с глубоким вздохом:

— Много уж их нынче развелось!



Спальня у Беликова была маленькая, точно ящик, кровать была с пологом. Ложась спать, он укрывался с головой; было жарко, душно, в закрытые двери стучался ветер, в печке гудело; слышались вздохи из кухни, вздохи зловещие...

И ему было страшно под одеялом. Он боялся, как бы чего не вышло, как бы его не зарезал Афанасий, как бы не забрались воры, и потом всю ночь видел тревожные сны, а утром, когда мы вместе шли в гимназию, был скучен, бледен, и было видно, что многолюдная гимназия, в которую он шел, была страшна, противна всему существу его и что идти рядом со мной ему, человеку по натуре одинокому, было тяжело.

— Очень уж шумят у нас в классах, — говорил он, как бы стараясь отыскать объяснения своему тяжелому чувству. — Ни на что не похоже.

И этот учитель греческого языка, этот человек в фуляре, можете себе представить, едва не женился.

Иван Иваныч быстро оглянулся в сарай и сказал:

— Шутите!

— Да, едва не женился, как это ни странно. Назначили к нам нового учителя истории и географии, некоего Коваленко, Михаила

Саввича, из хохлов. Приехал он не один, а с сестрой Варенькой. Он молодой, высокий, смуглый, с громадными руками, и по лицу видно, что говорит басом, и в самом деле, голос как из бочки: бу-бу-бу... А она уже не молодая, лет тридцати, но тоже высокая, стройная, чернобровая, краснощекая, — одним словом, не девица, а мармелад, и такая разбитная, шумная, всё поет малороссийские романсы и хохочет. Чуть что, так и залетится голосистым смехом: ха-ха-ха! Первое, основательное знакомство с Коваленками у нас, помню, произошло на именинах у директора. Среди суровых, напряженно скучных педагогов, которые и на именины-то ходят по обязанности, вдруг видим, новая Афродита возродилась из пены: ходит подбоченясь, хохочет, поет, пляшет... Она спела с чувством «Виют витры», потом еще романс, и еще, и всех нас очаровала, — всех, даже Беликова. Он подсел к ней и сказал, сладко улыбаясь:

— Малороссийский язык своею нежностью и приятною звучностью напоминает древнегреческий.

Это польстило ей, и она стала рассказывать ему с чувством и убедительно, что в Гадячском уезде у нее есть хутор, а на хуторе



живет мамочка, и там такие груши, такие дыни, такие кабаки! У хохлов тыквы называются кабаками, а кабаки шинками, и варят у них борщ с красненькими и с синенькими «такой вкусный, такой вкусный, что просто — ужас!»

Слушали мы, слушали, и вдруг всех нас осенила одна и та же мысль.

— А хорошо бы их поженить, — тихо сказала мне директорша.

Мы все почему-то вспомнили, что наш Беликов не женат, и нам теперь казалось странным, что мы до сих пор как-то не замечали, совершенно упускали из виду такую важную подробность в его жизни. Как вообще он относится к женщине, как он решает для себя этот насущный вопрос? Раньше это не интересовало нас вовсе; быть может, мы не допускали даже и мысли, что человек, который во всякую погоду ходит в калошах и спит под пологом, может любить.

— Ему давно уже за сорок, а ей тридцать... — пояснила свою мысль директорша. — Мне кажется, она бы за него пошла.

Чего только не делается у нас в провинции от скуки, сколько ненужного, вздорного! И это потому, что совсем не делается то, что нужно. Ну вот к чему нам вдруг понадобилось женить этого Беликова, которого даже и вообразить нельзя было женатым? Директорша, инспекторша и все наши гимназические дамы ожили, даже похорошели, точно вдруг увидели цель жизни. Директорша берет в театре ложу, и смотрим — в ее ложе сидит Варенька с этаким веером, сияющая, счастливая, и рядом с ней Беликов, маленький, скрюченный, точно его из дому клещами вытащили. Я даю вечеринку, и дамы требуют, чтобы я непременно пригласил и Беликова и Вареньку. Одним словом, заработала машина. Оказалось, что Варенька не прочь была замуж. Жить ей у брата было не очень-то весело, только и знали, что по целым дням спорили и ругались. Вот вам сцена: идет Коваленко по улице, высокий, здоровый верзила, в вышитой сорочке, чуб из-под фуражки падает на лоб; в одной руке пачка книг, в другой толстая суковатая палка. За ним идет сестра, тоже с книгами.

— Да ты же, Михайлик, этого не читал! — спорит она громко. — Я же тебе говорю, клянусь, ты не читал же этого вовсе!

— А я тебе говорю, что читал! — кричит Коваленко, гремя палкой по тротуару.

— Ах же, боже ж мой, Минчик! Чего же ты сердисься, ведь у нас же разговор принципиальный.

— А я тебе говорю, что я читал! — кричит еще громче Коваленко.

А дома, как кто посторонний, так и перепалка. Такая жизнь, вероятно, наскучила, хотелось своего угла, да и возраст принять во внимание; тут уж перебирать некогда, выйдешь за кого угодно, даже за учителя греческого языка. И то сказать, для большинства наших барышень за кого ни выйти, лишь бы выйти. Как бы ни было, Варенька стала оказывать нашему Беликову явную благосклонность.

А Беликов? Он и к Коваленку ходил так же, как к нам. Придет к нему, сядет и молчит. Он молчит, а Варенька поет ему «Виют витры», или глядит на него задумчиво своими темными глазами, или вдруг зальется:

— Ха-ха-ха!

В любовных делах, а особенно в женитьбе, внушение играет большую роль. Все — и товарищи, и дамы — стали уверять Беликова, что он должен жениться, что ему ничего больше не остается в жизни, как жениться; все мы поздравляли его, говорили с важными лицами разные пошлости, вроде того-де, что брак есть шаг серьезный; к тому же Варенька была недурна собой, интересна, она была дочь статского советника и имела хутор, а главное, это была первая женщина, которая отнеслась к нему ласково, сердечно, — голова у него закружилась, и он решил, что ему в самом деле нужно жениться.

— Вот тут бы и отобрать у него калоши и зонтик, — проговорил Иван Иванович.

— Представьте, это оказалось невозможным. Он поставил у себя на столе портрет Вареньки и всё ходил ко мне и говорил о Вареньке, о семейной жизни, о том, что брак есть шаг серьезный, часто бывал у Коваленков, но образа жизни не изменил нисколько. Даже наоборот, решение жениться подействовало на него как-то болезненно, он похудел, побледнел и, казалось, еще глубже ушел в свой футляр.

— Варвара Саввишна мне нравится, — говорил он мне со слабой кривой улыбочкой, — и я знаю, жениться необходимо каждому человеку, но... всё это, знаете ли, произошло как-то вдруг... Надо подумать.

— Что же тут думать? — говорю ему. — Женитесь, вот и всё.

— Нет, женитьба — шаг серьезный, надо сначала взвесить предстоящие обязанности, ответственность... чтобы потом чего не вышло. Это меня так беспокоит, я теперь все ночи не сплю. И, признаться, я боюсь: у нее с братом какой-то странный образ мыслей, рассуждают они как-то, знаете ли, странно, и характер очень бойкий. Женишься, а потом, чего доброго, попадешь в какую-нибудь историю.

И он не делал предложения, всё откладывал, к великой досаде директорши и всех наших дам; всё взвешивал предстоящие обязанности и ответственность, и между тем почти каждый день гулял с Варенькой, быть может, думал, что это так нужно в его положении, и приходил ко мне, чтобы поговорить о семейной жизни. И, по всей вероятности, в конце концов он сделал бы предложение и совершился бы один из тех ненужных, глупых браков, каких у нас от скуки и от нечего делать совершаются тысячи, если бы вдруг не произошел kolossalischeSkandal. Нужно сказать, что брат Вареньки, Коваленко, возненавидел Беликова с первого же дня знакомства и терпеть его не мог.

— Не понимаю, — говорил он нам, пожимая плечами, — не понимаю, как вы перевариваете этого фискала, эту мерзкую рожу. Эх, господа, как вы можете тут жить! Атмосфера у вас удушающая, поганая. Разве вы педагоги, учителя? Вы чиновралы, у вас не храм науки, а управа благочиния, и кислятиной воняет, как в полицейской будке. Нет, братцы, поживу с вами еще немного и уеду к себе на хутор, и буду там раков ловить и хохлят учить. Уеду, а вы оставайтесь тут со своим Иудой, нехай вин лопне.

Или он хохотал, хохотал до слез, то басом, то тонким писклявым голосом, и спрашивал меня, разводя руками:

— Шо он у меня сидить? Шо ему надо? Сидить и смотреть.

Он даже название дал Беликову «глитай абож паук». И, понятно, мы избегали говорить с ним о том, что сестра его Варенька собирается за «абож паука». И когда однажды директорша намекнула ему, что хорошо бы пристроить его сестру за такого солидного, всеми уважаемого человека, как Беликов, то он нахмурился и проворчал:

— Не мое это дело. Пускай она выходит хоть за гадюку, а я не люблю в чужие дела мешаться.

Теперь слушайте, что дальше. Какой-то проказник нарисовал карикатуру: идет Беликов в калошах, в подсученных брюках, под зонтом, и с ним под руку Варенька; внизу подпись: «влюбленный антропос». Выражение схвачено, понимаете ли, удивительно. Художник, должно быть, проработал не одну ночь, так как все учителя мужской и женской гимназий, учителя семинарии, чиновники, — все получили по экземпляру. Получил и Беликов. Карикатура произвела на него самое тяжелое впечатление.

Выходим мы вместе из дому, — это было как раз первое мая, воскресенье, и мы все, учителя и гимназисты, условились сойтись у гимназии и потом вместе идти пешком за город в рощу, — выходим мы, а он зеленый, мрачнее тучи.

— Какие есть нехорошие, злые люди! — проговорил он, и губы у него задрожали.

Мне даже жалко его стало. Идем, и вдруг, можете себе представить, катит на велосипеде Коваленко, а за ним Варенька, тоже на велосипеде, красная, заморенная, но веселая, радостная.

— А мы, — кричит она, — вперед едем! Уже ж такая хорошая погода, такая хорошая, что просто ужас!

И скрылись оба. Мой Беликов из зеленого стал белым и точно оцепенел. Остановился и смотрит на меня...

— Позвольте, что же это такое? — спросил он. — Или, быть может, меня обманывает зрение? Разве преподавателям гимназии и женщинам прилично ездить на велосипеде?

— Что же тут неприличного? — сказал я. — И пусть катаются себе на здоровье.

— Да как же можно? — крикнул он, изумляясь моему спокойствию. — Что вы говорите?!

И он был так поражен, что не захотел идти дальше и вернулся домой.

На другой день он всё время нервно потирал руки и вздрагивал, и было видно по лицу, что ему нехорошо. И с занятий ушел, что случилось с ним первый раз в жизни. И не обедал. А под вечер оделся потеплее, хотя на дворе стояла совсем летняя погода, и поплелся к Коваленкам. Вареньки не было дома, застал он только брата.

— Садитесь, покорнейше прошу, — проговорил Коваленко холодно и нахмурил брови; лицо у него было заспанное, он только что отдыхал после обеда и был сильно не в духе.

Беликов посидел молча минут десять и начал:

— Я к вам пришел, чтоб облегчить душу. Мне очень, очень тяжело. Какой-то пасквилянт нарисовал в смешном виде меня и еще одну особу, нам обоим близкую. Считаю долгом уверить вас, что я тут ни при чем... Я не подавал никакого повода к такой насмешке, — напротив же, всё время вел себя как вполне порядочный человек.

Коваленко сидел, надувшись, и молчал. Беликов подождал немного и продолжал тихо, печальным голосом:

— И еще я имею кое-что сказать вам. Я давно служу, вы же только еще начинаете службу, и я считаю долгом, как старший товарищ, предостеречь вас. Вы катаетесь на велосипеде, а эта забава совершенно неприлична для воспитателя юношества.

— Почему же? — спросил Коваленко басом.

— Да разве тут надо еще объяснять, Михаил Саввич, разве это не понятно? Если учитель едет на велосипеде, то что же остается ученикам? Им остается только ходить на головах! И раз это не разрешено циркулярно, то и нельзя. Я вчера ужаснулся! Когда я увидел вашу сестрицу, то у меня помутилось в глазах. Женщина или девушка на велосипеде — это ужасно!

— Что же собственно вам угодно?

— Мне угодно только одно — предостеречь вас, Михаил Саввич. Вы — человек молодой, у вас впереди будущее, надо вести себя очень, очень осторожно, вы же так манкируете, ох, как манкируете! Вы ходите в вышитой сорочке, постоянно на улице с какими-то книгами, а теперь вот еще велосипед. О том, что вы и ваша сестрица катаетесь на велосипеде, узнает директор, потом дойдет до попечителя... Что же хорошего?

— Что я и сестра катаемся на велосипеде, никому нет до этого дела! — сказал Коваленко и побагровел. — А кто будет вмешиваться в мои домашние и семейные дела, того я пошлю к чертям собачьим.

Беликов побледнел и встал.

— Если вы говорите со мной таким тоном, то я не могу продолжать, — сказал он. —

И прошу вас никогда так не выражаться в моем присутствии о начальниках. Вы должны с уважением относиться к властям.

— А разве я говорил что дурное про властей? — спросил Коваленко, глядя на него со злобой. — Пожалуйста, оставьте меня в покое. Я честный человек и с таким господином, как вы, не желаю разговаривать. Я не люблю фискалов.

Беликов нервно засуетился и стал одеваться быстро, с выражением ужаса на лице. Ведь это первый раз в жизни он слышал такие грубости.

— Можете говорить, что вам угодно, — сказал он, выходя из передней на площадку лестницы. — Я должен только предупредить вас: быть может, нас слышал кто-нибудь, и, чтобы не перетолковали нашего разговора и чего-нибудь не вышло, я должен буду доложить господину директору содержание нашего разговора... в главных чертах. Я обязан это сделать.

— Доложить? Ступай, докладывай!

Коваленко схватил его сзади за воротник и пихнул, и Беликов покатился вниз по лестнице, гремя своими калошами. Лестница была высокая, крутая, но он докатился донизу благополучно; встал и потрогал себя за нос: целы ли очки? Но как раз в то время, когда он катился по лестнице, вошла Варенька и с нею две дамы; они стояли внизу и глядели — и для Беликова это было ужаснее всего. Лучше бы, кажется, сломать себе шею, обе ноги, чем стать посмешищем; ведь теперь узнает весь город, дойдет до директора, попечителя, — ах, как бы чего не вышло! — нарисуют новую карикатуру, и кончится всё это тем, что прикажут подать в отставку...

Когда он поднялся, Варенька узнала его и, глядя на его смешное лицо, помятое пальто, калоши, не понимая, в чем дело, полагая, что это он упал сам нечаянно, не удержалась и захохотала на весь дом:

— Ха-ха-ха!

И этим раскатистым, залихватным «ха-ха-ха» завершилось всё: и сватовство, и земное существование Беликова. Уже он не слышал, что говорила Варенька, и ничего не видел. Вернувшись к себе домой, он прежде всего убрал со стола портрет, а потом лег и уже больше не вставал.

Дня через три пришел ко мне Афанасий и спросил, не надо ли послать за доктором, так как-де с барином что-то делается. Я пошел к Беликову. Он лежал под пологом, укрытый одеялом, и молчал; спросишь его, а он только да или нет — и больше ни звука. Он лежит, а возле бродит Афанасий, мрачный, нахмуренный, и вздыхает глубоко; а от него водкой, как из кабака.

Через месяц Беликов умер. Хоронили мы его все, то есть обе гимназии и семинария. Теперь, когда он лежал в гробу, выражение у него было кроткое, приятное, даже веселое, точно он был рад, что наконец его положили в футляр, из которого он уже никогда не выйдет. Да, он достиг своего идеала! И как бы в честь его во время похорон была пасмурная, дождливая погода, и все мы были в калошах и с зонтами. Варенька тоже была на похоронах и, когда гроб опускали в могилу, всплакнула. Я заметил, что хохлушки только плачут или хохочут, среднего же настроения у них не бывает.

Признаюсь, хоронить таких людей, как Беликов, это большое удовольствие. Когда мы возвращались с кладбища, то у нас были скромные постные физиономии; никому не хотелось обнаружить этого чувства удовольствия, — чувства, похожего на то, какое мы испытывали давно-давно, еще в детстве, когда старшие уезжали из дому и мы бегали по саду час-другой, наслаждаясь полною свободой. Ах, свобода, свобода! Даже намек, даже слабая надежда на ее возможность дает душе крылья, не правда ли?

Вернулись мы с кладбища в добром расположении. Но прошло не больше недели, и жизнь потекла по-прежнему, такая же суровая, утомительная, бестолковая, жизнь, не запрещенная циркулярно, но и не разрешенная вполне; не стало лучше. И в самом деле, Беликова похоронили, а сколько еще таких человек в футляре осталось, сколько их еще будет!

— То-то вот оно и есть, — сказал Иван Иваныч и закурил трубку.

— Сколько их еще будет! — повторил Буркин.

Учитель гимназии вышел из сарая. Это был человек небольшого роста, толстый, совершенно лысый, с черной бородой чуть не по пояс; и с ним вышли две собаки.

— Луна-то, луна! — сказал он, глядя вверх.

Была уже полночь. Направо видно было всё село, длинная улица тянулась далеко, верст на пять. Всё было погружено в тихий, глубокий сон; ни движения, ни звука, даже не верится, что в природе может быть так тихо. Когда в лунную ночь видишь широкую сельскую улицу с ее избами, стогами, уснувшими ивами, то на душе становится тихо; в этом своем покое, укрывшись в ночных тенях от трудов, забот и горя, она кротка, печальна, прекрасна, и кажется, что и звезды смотрят на нее ласково и с умилением и что зла уже нет на земле и всё благополучно. Налево с края села начиналось поле; оно было видно далеко, до горизонта, и во всю ширь этого поля, залитого лунным светом, тоже ни движения, ни звука.

— То-то вот оно и есть, — повторил Иван Иваныч. — А разве то, что мы живем в городе в духоте, в тесноте, пишем ненужные бумаги, играем в винт — разве это не футляр? А то, что мы проводим всю жизнь среди бездельников, сутяг, глупых, праздных женщин, говорим и слушаем разный вздор — разве это не футляр? Вот если желаете, то я расскажу вам одну очень поучительную историю.

— Нет, уж пора спать, — сказал Буркин. — До завтра!

Оба пошли в сарай и легли на сене. И уже оба укрылись и задремали, как вдруг послышались легкие шаги: туп, туп... Кто-то ходил недалеко от сарая; пройдет немного и остановится, а через минуту опять: туп, туп... Собаки заворчали.

— Это Мавра ходит, — сказал Буркин.

Шаги затихли. — Видеть и слышать, как лгут, — проговорил Иван Иваныч, поворачиваясь на другой бок, — и тебя же называют дураком за то, что ты терпишь эту ложь; сносить обиды, унижения, не смей открыто заявить, что ты на стороне честных, свободных людей, и самому лгать, улыбаться, и всё это из-за куска хлеба, из-за теплого угла, из-за какого-нибудь чинишка, которому грош цена, — нет, больше жить так невозможно!

— Ну, уж это вы из другой оперы, Иван Иваныч, — сказал учитель. — Давайте спать.

И минут через десять Буркин уже спал. А Иван Иваныч всё ворочался с боку на бок и вздыхал, а потом встал, опять вышел наружу и, севши у дверей, закурил трубочку.

Рассказ А.П. Чехова «Человек в футляре» являлся частью серии «Маленькая трилогия», состоящей из трех рассказов — «Человек в футляре», «Крыжовник» и «О любви». Трилогия объединяется действующими лицами-рассказчиками — ветеринарным врачом Иваном Ивановичем Чимша-Гималайским и учителем гимназии Буркиным.

«Человек в футляре» был три раза экранизирован, по сюжету рассказа был снят мультипликационный фильм и сделана радиопостановка.

Главный герой — учитель греческого языка Беликов — являет собой образец ананкастного расстройства личности.

Согласно диагностическим указаниям МКБ-10 ананкастное расстройство характеризуется следующими диагностическими критериями:

**А. Чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности.**

Когда в городе разрешали драматический кружок, или читальню, или чайную, то он покачивал головой и говорил тихо:

— Оно, конечно, так-то так, всё это прекрасно, да как бы чего не вышло. Если кто из товарищей опаздывал на молебен, или доходили слухи о какой-нибудь проказе гимназистов, или видели классную даму поздно вечером с офицером, то он очень волновался и всё говорил: «Как бы чего не вышло». А на педагогических советах он просто угнетал нас своею осторожностью, мнительностью и своими чисто футлярными соображениями насчет того, что вот-де в мужской и женской гимназиях молодежь ведет себя дурно, очень шумит в классах, — Ах, как бы не дошло до начальства, ах, как бы чего не вышло.

**В. Особое внимание к деталям, правилам, перечням, порядку, организации или графикам.**

Для него были ясны только циркуляры и газетные статьи, в которых запрещалось что-нибудь. Когда в циркуляре запрещалось ученикам выходить на улицу после девяти часов вечера или в какой-нибудь статье запрещалась плотская любовь, то это было для него ясно, определено; запрещено — и баста.

**С. Стремление к совершенству (перфекционизм), препятствующее выполнению задач.**

Он был замечателен тем, что всегда, даже в очень хорошую погоду, выходил в калошах и с зонтиком и

непрерывно в теплом пальто на вате. И зонтик у него был в чехле, и часы в чехле из серой замши, и когда вынимал перочинный нож, чтобы очинить карандаш, то и нож у него был в чехольчике; и лицо, казалось, тоже было в чехле, так как он всё время прятал его в поднятый воротник. И дома та же история: халат, колпак, ставни, задвижки, целый ряд всяких запрещений, ограничений.

**Д. Чрезмерная добросовестность, скрупулезность и неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям.**

Было у него странное обыкновение — ходить по нашим квартирам. Придет к учителю, сядет и молчит и как будто что-то высматривает. Посидит, этак, молча, час-другой и уйдет. Это называлось у него «поддерживать добрые отношения с товарищами», и, очевидно, ходить к нам и сидеть было для него тяжело, и ходил он к нам только потому, что считал своею товарищескою обязанностью.

**Е. Повышенная педантичность и приверженность социальным условностям.**

Всякого рода нарушения, отклонения, отступления от правил приводили его в уныние. Если кто из товарищей опаздывал на молебен, или доходили слухи о какой-нибудь проказе гимназистов, или видели классную даму поздно вечером с офицером, то он очень волновался и всё говорил, как бы чего не вышло.

**Ф. Ригидность и упрямство.**

Он был замечателен тем, что всегда, даже в очень хорошую погоду, выходил в калошах и с зонтиком и непрерывно в теплом пальто на вате.

**Г. Необоснованные настойчивые требования больного, чтобы другие все окружающие делали в точности как и он сам, или неблагоприятное нежелание позволить окружающим выполнять что-либо по-своему.**

Своими вздохами, нытьем, своими темными глазами на бледном, маленьком лице, — знаете, маленьком лице, как у хорька, — он давил нас всех, и мы уступали, сбавляли Петрову и Егорову балл по поведению, сажали их под арест и, в конце концов, исключали и Петрова, и Егорова. Наши дамы по субботам домашних спектаклей не устраивали, бо-

ялись, как бы он не узнал; и духовенство стеснялось при нем кушать скоромное и играть в карты. Под влиянием таких людей, как Беликов, за последние десять — пятнадцать лет в нашем городе стали бояться всего. Боятся громко говорить, посылать письма, знакомиться, читать книги, бояться помогать бедным, учить грамоте...

Как видно из приведенного выше, диагностические критерии А.П. Чехова совпадают с МКБ-10 почти во всем, за исключением последнего, восьмого критерия — возникновения настойчивых и нежелательных мыслей и влечений.

Вместе с тем, расстройство личности Беликова не исчерпываются ананкастическим кругом, который тесно смыкается с шизоидным, с одной стороны, и с тревожным (уклоняющимся, избегающим), с другой.

О близости к шизоидному расстройству свидетельствует уединенный образ жизни, увлечение мертвым языком, эмоциональная невыразительность и чужаковатость внешнего облика.

В пользу тревожного расстройства говорят следующие расстройства по МКБ-10.

**А. Постоянное общее чувство напряженности и тяжелые предчувствия.**

Действительность раздражала его, пугала, держала в постоянной тревоге. А на педагогических советах он просто угнетал нас своею осторожностью, мнительностью и своими чисто футлярными соображениями насчет того, что вот-де в мужской и женской гимназиях молодежь ведет себя дурно, очень шумит в классах, — ах, как бы не дошло до начальства, ах, как бы чего не вышло. И ему было страшно под одеялом. Он боялся, как бы чего не вышло, как бы его не зарезал Афанасий, как бы не забрались воры, и потом всю ночь видел тревожные сны, а утром, когда мы вместе шли в гимназию, был скучен, бледен, и было видно, что многолюдная гимназия, в которую он шел, была страшна, противна всему существу его и что идти рядом со мной ему, человеку по натуре одинокому, было тяжело.

**С. Повышенная чувствительность к критике в свой адрес или неприятию в обществе.**

Мне очень, очень тяжело. Какой-то пасквилянт нарисовал в смешном виде меня и еще одну особу, нам обоим близкую. Считаю долгом уверить вас, что

я тут ни при чем... Я не подавал никакого повода к такой насмешке, — напротив же, всё время вел себя как вполне порядочный человек. Для Беликова это было ужаснее всего. Лучше бы, кажется, сломать себе шею, обе ноги, чем стать посмешищем; ведь теперь узнает весь город, дойдет до директора, попечителя, — ах, как бы чего не вышло! — нарисуют новую карикатуру, и кончится всё это тем, что прикажут подать в отставку...

**Е. Ограничение жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности.**

Одним словом, у этого человека наблюдалось постоянное и непреодолимое стремление окружить себя оболочкой, создать себе, так сказать, футляр, который уединил бы его, защитил бы от внешних влияний. И дома та же история: халат, колпак, ставни, задвижки, целый ряд всяких запрещений, ограничений, и — ах, как бы чего не вышло!

Помимо статического среза расстройства личности Беликова А.П. Чехов показывает динамику этого расстройства в виде реактивного состояния.

Реактивное состояние имеет психогенный комплекс, который включает в себя три компонента.

Это — карикатура на Беликова, изображающая его в неподобающем виде, прогулка его невесты на велосипеде, также в неподобающем виде, и насмешка по поводу его падения с лестницы. Психотравмирующие ситуации объединяются одним — нарушением норм приличия, благонравного поведения.

По сути реактивного состояния можно сказать, что оно протекало по типу реакции отказа и заключалось в гиподинамических психопатологических нарушениях. Необходимо отметить частичный мутизм, а также возможные депрессивные, апатические и ступорозные расстройства.

Рассказ А.П. Чехова «Человек в футляре» является иллюстрацией к клинике и динамике ананкастного расстройства личности. Любопытно, что образ Беликова не имел реального прототипа, а представляет собой синтетический портрет нескольких человек сразу.

Несмотря на достаточно полное описание ананкастического расстройства, в понимании А.П. Чехова акцент сделан на особенностях внешнего облика при полном отсутствии навязчивых нарушений.

## Афоризмы\*

Психиатрические, и не только психиатрические, а просто медицинские, повествующие о многотрудной, но безызыскной доле врачующих и врачуемых, изложенной в занимательной форме на основе народных изречений, переосмысленных скромным участковым психиатром, бывшим старшим научным сотрудником, нынешним старшим лейтенантом запаса Минимовым В.И., умерившим нескромные порывы плоти и задумавшимся о смысле вечного, набравшимся духу в меру своих небольших достоинств донести до любознательных да любомудрых малую толику поучительных выражений.

### ЗДОРОВЫЕ НЕЗДОРОВЫЕ

*Lupus non mordet lupum.*

(«Волк не ест волка», лат.)

*Vile est, quod licet.*

(«Что разрешено, то не нужно», лат.)

Долгожитель – не тот, кто долго живет, а тот, кто долго не умирает.

Единственный способ сохранить здоровье – это не есть, что вкусно, не пить, что нравится, и не делать, что хочется.

Здоровому человеку спорт не нужен, а больному – вреден.

Здоровый образ жизни не удлиняет жизнь, а делает ее затянутой.

Здоровыми кажутся только те, кого мы не очень хорошо знаем.

Здоровье – это эпизод между двумя болезнями.

Здоровых людей нет. Есть те, которых еще не лечили.

Здоровье – это когда все болит, но еще есть силы, чтобы не идти к врачу.

Здоровья не замечаешь, пока кто-нибудь тебе его не испортит.

Куриль вредно, пить противно, а умирать здоровым – жалко.

Нездоровый вид часто объясняется началом здорового образа жизни.

Человеческая болезнь требует нечеловеческого здоровья.

### ЛЕЧЕНИЕ

*Tempus curat omnia*

(«Время излечивает всё», лат.)

Главное в лечении – испортить механизм болезни.

Из хронических заболеваний самое распространенное – самолечение.

Иные не лечатся для того, чтобы жить, а живут для того, чтобы лечиться.

Легче терпеть свою болезнь, чем чужое здоровье.

На каждого больного найдется еще больней.

Хорошо зафиксированный больной в лечении не нуждается.

### ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОЛЬНЫЕ

*Nam viciis nemo sine nascitur*

(«Никто не без уroda», лат.)

Болезнь Альцгеймера нельзя вылечить, но можно сделать вид, что пытаешься.

Бред ревности дан для отрезвления сознания, а не для его помутнения.

Деменция хороша тем, что зла не помнишь и каждую минуту узнаешь что-нибудь новенькое.

Депрессивное счастье – дождь, да ненастье.

Депрессия – это когда жизнь пошла не поперек, а вдоль черной полосы.

Неусидчивость скованности не подруга.

Психическая болезнь – это удар по голове, только изнутри.

Разум – это досуг нейронов, коротающих время в ожидании апоптоза.

С нейролептическим рылом, да в депрессивный ряд.

Слабоумие спасает от мучительного ощущения боли за бесцельно прожитые годы.

Шизоид строит воздушные замки. Шизофреник в них живет. Шизофренолог взимает налог на собственность и арендную плату с обоих.

Шперрунг – хороший предлог для молчания.

Я милого узнаю по абсансу.

\* Печатаем повторно по настоятельным просьбам читателей. Впервые опубликовано в СТПН №4, 2012. С. 57 – 58.



# Подходы к диагностике и лечению депрессии в сочетании с вегето-сосудистой дистонией

По материалам Симпозиума «Диагнозы-заблуждения в неврологии» в рамках конференции 6-е Штульмановские чтения «Неврология в ошибках и заблуждениях: от истоков к современности» (29–30 ноября 2022 г., Москва).

Спикер — **Артемьев Дмитрий Валерьевич**, канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии с курсом мануальной терапии ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава РФ.

*«Великий Платон сказал, что несчастье врачей в том, что они разделили тело и Душу. Это было 400 лет до нашей эры. А что сейчас? Многие врачи видят и лечат лишь больной орган. А ведь перед ними Личность» [1].*

Александр Моисеевич Вейн, профессор, академик РАН

## **Вегето-сосудистая дистония, как один из ранних маркеров депрессии**

Вегетативная патология всегда была сферой научных и клинических интересов академика Александра Моисеевича Вейна. Деятельность созданной им кафедры неврологии в стенах Первого Московского медицинского института заложила фундаментальные основы ведущей роли вегетативной нервной системы в нормальной и патологической физиологии человека.

Термин «вегетативная нервная система» эволюционировал вместе с развитием научного медицинского знания, пройдя путь своего происхождения от латинского слова VEGETABILIS — растительный до VEGETO — возбуждаю, оживляю. В разные периоды времени вегетативную нервную систему называли узловой, висцеральной, автономной, но главная идея состоит в том, что именно она является важным звеном, соединяющим Душу и Тело.

Систематизация вегетативных расстройств строится по топическому (центральные и периферические) и этиологическому (органические и неорганические) принципам.

Органические вегетативные расстройства возникают вследствие структурных, нейромедиаторных или метаболических нарушений, которые могут вызвать стойкие необратимые изменения. Клиническая динамика симптомов соответствует логике развития заболевания и

сопровождается функциональными расстройствами.

Вегетативная дистония — это неорганическое («функциональное», психогенное) вторичное центральное вегетативное расстройство (F45.3, F41.0):

- не связано с известными структурными, нейромедиаторными, метаболическими нарушениями;
- даже при многолетнем течении не вызывает стойких необратимых изменений;
- динамика симптомов соответствует логике психологических факторов;
- может возникать на органическом фоне, но полностью исчезает при внушении и применении плацебо;
- в большинстве случаев диагностируется у женщин, но встречается и у мужчин.

Первичные центральные вегетативные расстройства встречаются не часто, и, как правило, диагностируются как конституциональная вегетативная дистония (G 90.8) и первичные нейрогенные обмороки (R55) с характерным началом в критические периоды развития, ухудшением в пубертатный период и тенденцией к регрессу по мере взросления. Для первичных расстройств свойственно флуктуирующее течение и возможна декомпенсация в зрелом возрасте под действием внешних или внутренних факторов.

Вторичные центральные вегетативные расстройства классифицируются как вегетативная дисфункция (вегетативная дистония), которая развивается на фоне неврозов и других психических заболеваний (психовегетативный синдром, «соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы») (F45.3, F41.0). Развитие вегетативной дисфункции возможно при соматических и эндокринных заболеваниях, а также при органических заболеваниях центральной нервной системы (G99.1).

Клиническая судьба психовегетативной концепции, которую продвигал А. М. Вейн, оказалась сложна и неоднозначна. Пограничные области между различными областями медицинского знания всегда вызывали и вызывают много вопросов. Неврология и психиатрия, психиатрия и соматика — это обширное поле для междисциплинарного подхода, который был затруднен в ситуации узкоспециализированной медицины. Необходимо было учитывать и реалии того времени — советский человек не мог страдать тревогой и депрессий, ему свойственен оптимизм и энтузиазм строителя светлого будущего. Постановка диагнозов с кодом F приветствовалась не всегда.

### Дифференциальный диагноз

С точки зрения врачебной практики сложность всегда заключалась в том, что психовегетативные расстройства имеют большое разнообразие клинических проявлений, которые зависят от возраста пациента, а чаще пациентки.

*Ведущие клинические симптомы в зависимости от возраста:*

- 16–30 лет — слабость, утомляемость, головные боли, боли в животе, обмороки, нарушение пищевого поведения;
- 30–45 лет — различные болевые синдромы, нарушения памяти и внимания, головокружение, сердцебиение, нехватка воздуха, сексуальная дисфункция;
- 45–60 лет — нарушение памяти, головокружение, боли в сердце, одышка.

А предварительный диагноз во многом зависит от специальности врача, к которому пациент попал на первичный прием.

*Варианты диагнозов*

- Кардиолог — «Нейроциркуляторная дистония», «Кардионевроз».

- Гастроэнтеролог — «Синдром раздраженного кишечника», «Дискинезия желчевыводящих путей», «Гастрит».
- Эндокринолог — «Тиреоидит», «Климактерический синдром».
- Психиатр — «Паническое расстройство», «Генерализованное тревожное расстройство», «Депрессия».
- Пульмонолог — «Гипервентиляционный синдром», «Бронхиальная астма», «Невротическое диспноэ».
- Невролог — «Вегето-сосудистая дистония», «Вестибулопатия», «Хронический болевой синдром», «Хроническая головная боль напряжения», «Последствия черепно-мозговой травмы», «Хроническая ишемия мозга» и др.

Важно отметить, что диагноз психо-вегетативного синдрома основан на полисимптомности. Это всегда комплекс клинических проявлений, сопряженный с эмоциональными расстройствами, требующий многогранного клинического анализа, который часто подменялся необоснованным ярлыком «вегето-сосудистая дистония».

### Эволюция термина

#### «вегето-сосудистая дистония»

Ход истории и развитие медицинской науки сместили акцент на физическое тело человека, где главным органом по праву считалось сердце. Первые описания симптомокомплекса «вегето-сосудистая дистония» появились еще во время гражданской войны в Америке между Севером и Югом, получили развитие на фоне исторических событий, связанных с военными конфликтами — это Крымская война, колонизация Индии, первая мировая война, во время которой впервые был описан синдром «солдатского сердца» или синдром Де Коста, который сопровождался болями в сердце, учащенным сердцебиением и обмороками. Этим симптомам придавалось ключевое значение, и они носили массовый характер у военнослужащих, принимавших участие в жестоких боях на протяжении длительного времени.

В 30-х годах прошлого столетия известные терапевты Г.Ф. Ланг, Н.С. Молчанов ввели термин нейро-циркуляторная дистония. Этот термин сохранился до 90-х годов и даже укрепил свое право

на существование в 1985 году, когда российский терапевт и кардиолог Владимир Иванович Маколкин издал монографию «Нейроциркуляторная дистония в практике терапевта» [2].

Идея академика Вейна состояла в углублении и расширении понятия, и, как следствие, и изменении названия на синдром вегетативной дистонии (А.М. Вейн, 1994). Александр Моисеевич включал в этот симптомокомплекс не только психо-вегетативный синдром, как мы делаем на сегодняшний день, но и синдром прогрессирующей вегетативной недостаточности, а также ангио-трофический (алгический) синдром. Но все же это три разных синдрома, и объединяются они скорее общим научным направлением, чем реальной клинической практикой. Сегодня в большей степени в термин вегетативной дистонии вкладываем понятие психо-вегетативного синдрома.

Психовегетативная концепция академика Вейна строится на присутствии у пациента длительного психологического конфликта, на фоне которого развивается невроз, а далее вегетативная дистония на фоне слабости защитных механизмов, дисфункции нейромедиаторных систем и дефицита вегетативной регуляции.

Причинами синдрома вегетативной дистонии могут быть генетическая предрасположенность, гормональная перестройка, висцеральная или эндокринная патология, патология сегментарной или центральной нервной системы, психофизиологическая реакция, неврозы, эндогенные психические расстройства. Последствия этих нарушений могут развиваться в психовегетативный синдром, синдром прогрессирующей вегетативной недостаточности или ангио-трофический (алгический) синдром. Прогрессирование этих состояний и отсутствие лечения может привести к ряду осложнений, таких как панические атаки, кардиалгии, гипервентиляционный синдром, синдром раздраженного кишечника, нейрогенная гипертензия.

### Вегетативный криз

Наиболее ярким и мучительным проявлением вегетативной дистонии для пациентов являются вегетативные кризы.

*Вегетативный криз* — пароксизмальное состояние неэпилептической природы, связанное

с активацией надсегментарных вегетативных структур и проявляющееся полиморфными вегетативными нарушениями.

*Виды вегетативных кризов:*

- Симпатоадреналовые кризы;
- Вагоинсулярные кризы;
- Вегетативные пароксизмы;
- Пароксизмальная вегетативная гиперактивность;
- Вегетативные бури;
- Психовегетативные пароксизмы;
- Диэнцефальные пароксизмы;
- Тревожные пароксизмы;
- Панические атаки (могут протекать без паники, но всегда с вегетативной симптоматикой).

*Основные причины вегетативных кризов:*

- Паническое расстройство («паническая болезнь») — 75–85 %;
- Другие психические заболевания (депрессия, шизофрения, социальная фобия, реактивные постстрессовые расстройства) — 10–15 %;
- Соматические и эндокринные заболевания (тиреотоксикоз, бронхиальная астма и др.) — 3–5 %;
- Органическое поражение гипоталамуса и лимбико-ретикулярной системы (острые состояния — инсульт, черепно-мозговая травма; хронические состояния — опухоли, аномалии развития, посттравматическая энцефалопатия, нейродегенерации) — 2–4 %;
- Лекарственные / психоактивные средства — анорексигены, психостимуляторы и др. — менее 1 %.

### Паническое расстройство и депрессия

*Паническое расстройство* — спонтанные (непровоцированные) повторяющиеся вегетативные кризы («панические атаки»). Пациентам, страдающим паническим расстройством, свойственна постоянная озабоченность по поводу повторения кризов и их возможных последствий. Ситуация усугубляется тем фактом, что возникновение кризов нельзя объяснить воздействием каких-либо веществ или иным заболеванием.

Вторичные изменения при паническом расстройстве — это навязчивая тревога ожидания новых кризов, агарофобия и ограничительное



Рисунок 1. Стимулирующие и седативные свойства антидепрессантов [4]

поведение, реактивная депрессия, психовегетативные нарушения в межкризовом периоде, ипохондрическое развитие личности, лекарственная зависимость. Усугубляется внутренний конфликт человека, повышается тревожность, развивается **депрессия**, которая характеризуется ослаблением позитивных и/или усилением негативных аффектов и дефицитом основных нейротрансмиттеров — дофамина, серотонина и норадреналина [3].

**Фармакотерапия:  
преимущества флувоксамина**

При *дефиците дофамина* наблюдается подавленность, безрадостность, безнадежность, неуверенность, утомляемость, утрата интереса и чувства удовольствия.

При *дефиците серотонина* — раздражение, недовольство, чувство вины, беспокойство, отвлечение к себе, людям, событиям.

Наиболее негативно для человека проявляется дефицит серотонина, в результате которого страдает не только гармония внутреннего пространства, но и нарушается взаимодействие с внешним окружением. Возникает необходимость медикаментозной коррекции и назначения терапии антидепрессантами группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), которые обладают лег-

ким седативным эффектом, но при этом не вызывают выраженной седации, не усугубляют астенические расстройства и не снижают концентрацию внимания (рис. 1) [4]. Это важно для пациентов с сочетанием тревоги, депрессии и паническими атаками. Одним из таких препаратов является флувоксамин, который известен давно, но у него существуют дополнительные свойства, которые являются преимуществом при выборе оптимального препарата из группы СИОЗС.

*«Тройной дополнительный эффект флувоксамина» — селективного ингибитора обратного захвата серотонина [5–12].*

- Влияние на обмен серотонина — высокая эффективность в терапии депрессий различного генеза и выраженное противотревожное действие (рис. 3) [11].
- Влияние на обмен мелатонина — флувоксамин улучшает сон у пациентов с депрессией уже на первой неделе терапии, влияя на биотрансформацию собственного мелатонина, нормализуя структуру сна (рис. 2) [5, 6].
- Влияние на сигма-1 рецепторы — нейротекторные механизмы улучшения когнитивной функции при депрессии [8, 12].

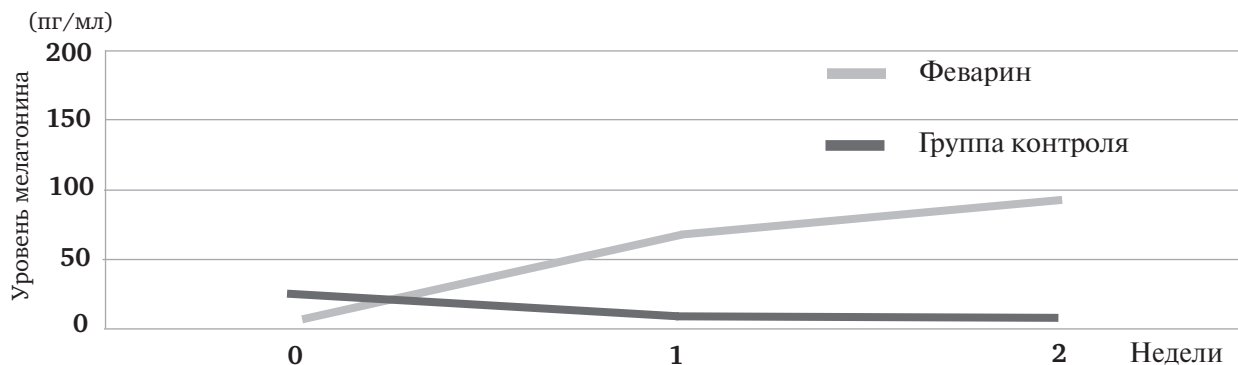


Рисунок 2. Флувоксамин улучшает сон у пациентов с депрессией уже на первой неделе терапии [5, 6]

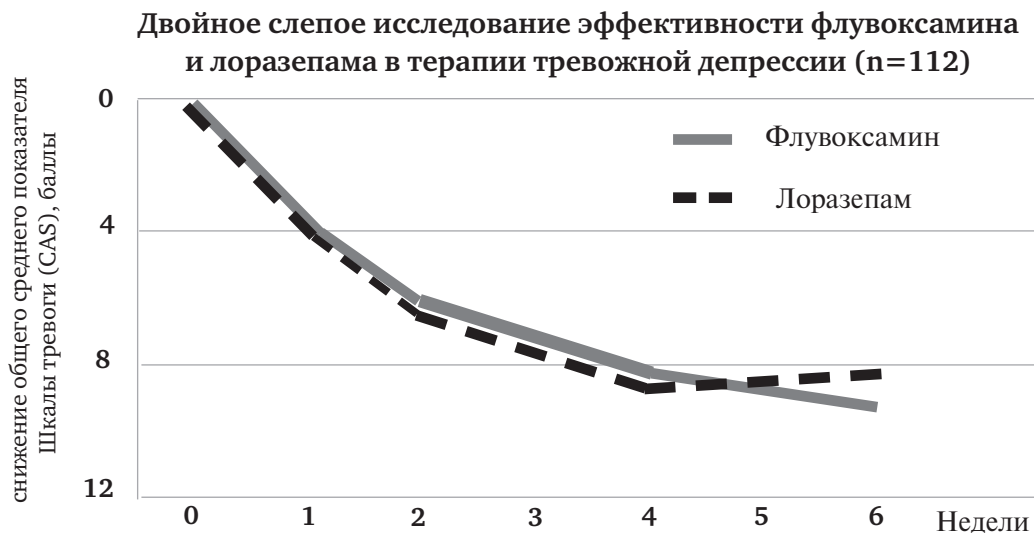


Рисунок 3. Выраженный противотревожный эффект флувоксамина [11]



Рисунок 4. Антидепрессанты и когнитивная функция [7]

В отличие от других представителей группы СИОЗС, флувоксамин оказывает мощное анксиолитическое и слабое седативное действие. Такое сочетание свойств флувоксамина позволяет устранять тревожную симптоматику без нарушения повседневной деятельности пациента.

Являясь мощным агонистом сигма1-рецепторов, флувоксамин обладает выраженным антидепрессивным и противотревожным действием, способностью улучшать когнитивные функции, стимулируя процессы нейропластичности (рис. 4) [7]. Флувоксамин можно рекомендовать как препарат первого выбора у

пациентов с депрессией в сочетании с паническим расстройством. Препарат демонстрирует в клинической практике высокую терапевтическую эффективность и благоприятный профиль безопасности, что подтверждено результатами международных клинических исследований.

Но в заключение важно отметить, что эффективное лечение психо-вегетативных расстройств базируется на «трех китах» — это сочетание рациональной фармакотерапии, психотерапии и физиотерапии. И выбор правильного лечения — это искусство врача.

### Литература

1. «Я — счастливый человек...» Вейн А.М. «Междисциплинарная неврология», 2018, №1, 5-8.
2. «Нейроциркуляторная дистония в практике терапевта». Маколкин В.И., Москва, 1985.
3. Essential psychopharmacology. Neuroscientific basis and practical application. 2nd ed. Cambridge University Press. New York 2008, 601.
4. Мосолов С.А. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия. – Москва. Артinfo Паблишинг. – 2007-63 с.
5. Eiko Sunami I, Kazuhiro Usuda, A preliminary study of fluvoxamine maleate on depressive state and serum melatonin levels in patients after cerebral infarction. Controlled Clinical Trial Intern Med . 2012;51(10):1187-93.
6. Hartter S., Wang X. et al. Differential effects of fluvoxamine and other antidepressants of the biotransformation of melatonin. J. Clin. Psychopharmacology 2001, 21, 167-174.
7. Mandelli L. et al. Improvement of cognitive functioning in mood disorder patients with depressive symptomatic recovery during treatments an exploratory. Psychiatry Clin. Neurosci 2006, 60(5), 598-645.
8. Hindmarch I., Hashimoto K. Cognition and depression the effect of fluvoxamine a sigma-1 receptor agonist reconsidered. Hum Psychopharmacol 2010, 25(3), 193-200.
9. Незнанов Н.Г., Синяков С.А., Телешин Е.С. Терапевтическое действие и эффективность феварина (флувоксамин) у больных с непсихотическими тревожными и апато-адинамическими депрессиями. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корскова, 2001, 8, 19-24.
10. [www.grls.rosminzdrav.ru](http://www.grls.rosminzdrav.ru)
11. Laws D., Ashford J.J., Anste J.A. A multicenter double blind comparative trial of fluvoxamine vs lorazepam in mixed anxiety and depression treated in general practice. Acts Psychiatr Scand. Vol. 53P, 247-248.
12. Narita N., Hashimoto K. et al. Interaction of selective serotonin reuptake inhibitors with subtypes of sigma receptors in rat brain. Eur. J. Pharmacology 1996, 307(1), 117-9.

# ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ДЕПРЕССИИ В СОЧЕТАНИИ С ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ — "ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ" ПСИХОГЕННЫМ РАССТРОЙСТВОМ (F45.3, F41.0)



## Ведущие клинические симптомы в зависимости от возраста:

- 16–30 лет — слабость, утомляемость, головные боли, боли в животе, обмороки, нарушение пищевого поведения;
- 30–45 лет — различные болевые синдромы, нарушения памяти и внимания, головокружение, сердцебиение, нехватка воздуха, сексуальная дисфункция;
- 45–60 лет — нарушение памяти, головокружение, боли в сердце, одышка.

**Вегетативный криз** — пароксизмальное состояние неэпилептической природы, связанное с активацией надсегментарных вегетативных структур и проявляющееся полиморфными вегетативными нарушениями. В 75–85 % случаев основной причиной вегетативных кризов является паническое расстройство («паническая болезнь») — 75–85 %

**Паническая атака (ПА)** представляет собой очерченный кратковременный эпизод интенсивной тревоги с внезапным началом, достигающий максимума в течение нескольких минут, сопровождающийся беспокойством и/или страхом смерти или потери контроля в сочетании с выраженными сомато-вегетативными нарушениями. Ключевым отличием панического расстройства от изолированных ПА является формирование страха ожидания новой ПА и, как следствие, охранительного поведения, то есть избегания мест и ситуаций, в которых уже возникала ПА (например, общественного транспорта, большого скопления людей и т.п.). В результате ПА могут формироваться депрессивные и тревожные расстройства [6].

В соответствии с клиническими рекомендациями антидепрессанты являются препаратами первой линии в терапии депрессивных расстройств. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) — это современная группа антидепрессантов третьего поколения с благоприятным профилем безопасности, наиболее часто назначаемая пациентам с депрессиями и тревожными расстройствами. Флувоксамин — представитель группы СИОЗС обладает комплексным фармакотерапевтическим эффектом [1–4].

## Синдром вегетативной дистонии (А.М. Вейн, 1994)



«Тройной дополнительный эффект флувоксамина» — селективного ингибитора обратного захвата серотонина [5].

- Влияние на обмен серотонина — высокая эффективность в терапии депрессий различного генеза и выраженное противотревожное действие [3, 4].
- Влияние на обмен мелатонина — флувоксамин улучшает сон у пациентов с депрессией уже на первой неделе терапии, влияя на биотрансформацию собственного мелатонина [1].
- Влияние на сигма-1 рецепторы — нейропротекторные механизмы улучшения когнитивной функции при депрессии [1, 2].

**Способ применения флувоксамина** у пациентов старше 18 лет при депрессии — внутрь, не разжевывая, запивая водой. Рекомендуемая стартовая доза составляет 50 или 100 мг (однократно, вечером). Суточная доза может достигать 300 мг. Курс лечения 6 месяцев. Для профилактики рецидивов депрессии рекомендуется принимать по 100 мг флувоксамина один раз в день, ежедневно [5].

### Литература

1. Hartter S., Wang X. et al. Differential effects of fluvoxamine and other antidepressants of the biotransformation of melatonin. J. Clin. Psychopharmacology 2001, 21, 167-174.
2. Mandelli L. et al. Improvement of cognitive functioning in mood disorder patients with depressive symptomatic recovery during treatments an exploratory. Psychiatry Clin. Neurosci 2006, 60(5), 598-645.
3. Hindmarch I., Hashimoto K. Cognition and depression the effect of fluvoxamine a sigma-1 receptor agonist reconsidered. Hum Psychopharmacol 2010, 25(3), 193-200.
4. Незнанов Н.Г., Синяков С.А., Телешин Е.С. Терапевтическое действие и эффективность феваринав (флувоксамина) у больных с непсихотическими тревожными и апато-адинамическими депрессиями. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корскова, 2001, 8, 19-24.
5. www.grls.rosminzdrav.ru
6. Клинические рекомендации МЗ РФ "Паническое расстройство у взрослых", 2021.