



Непрерывное медицинское образование и наука

Научно-методический
рецензируемый
журнал

Том 15, № 2/2020

ISSN 2412-5741



Непрерывное медицинское образование и наука

Научно-методический рецензируемый журнал

Том 15, № 2/2020

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

«Непрерывное
медицинское образование
и наука» —
научно-методический
рецензируемый журнал

Основан в 2003 году
Периодичность: 1 раз в 4 месяца

Учредитель и издатель

Федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Южно-Уральский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
(адрес: 454092, г. Челябинск,
ул. Воровского, 64)

Журнал зарегистрирован в Управлении
Федеральной службы по надзору
в сфере связи, информационных
технологий и массовых коммуникаций
по Челябинской области
(свидетельство ПИ № ТУ74-01274
от 18 августа 2016 года)

Тираж 100 экз.

Адрес редакции:

454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64
Тел. +7 351 232-73-71
e-mail: pgmedes@chelsma.ru
www.chelsma.ru

Любое использование материалов,
опубликованных в журнале,
без ссылки на издание запрещено

Оригинал-макет, дизайн:
А. В. Черников

Распространяется бесплатно

ISSN 2412-5741

Редакционная коллегия

Главный редактор

А. А. Фокин (Челябинск)

Заместитель главного редактора

М. Г. Москвичева (Челябинск)

Ответственный секретарь

Е. А. Григоричева (Челябинск)

Члены редакционной коллегии:

Д. А. Альтман (Челябинск)	В. М. Ладейщиков (Пермь)
И. А. Аتمانский (Челябинск)	Е. В. Малинина (Челябинск)
Н. С. Брынза (Тюмень)	М. В. Осиков (Челябинск)
А. В. Важенин (Челябинск)	И. Е. Панова (Санкт-Петербург)
И. А. Волчегорский (Челябинск)	В. В. Плечев (Уфа)
Е. В. Гуцу (Кишинев)	А. У. Сабитов (Екатеринбург)
В. Ф. Долгушина (Челябинск)	С. В. Сергийко (Челябинск)
Г. А. Игнатова (Челябинск)	А. С. Симбирцев (Санкт-Петербург)
Ш. И. Каримов (Ташкент)	Л. Ф. Телешева (Челябинск)
С. А. Кремлев (Челябинск)	В. А. Янушко (Минск)

Редакционный совет

Председатель редакционного совета

И. И. Долгушин (Челябинск)

Члены редакционного совета:

Н. В. Зеленская (Москва)	Л. К. Мошетова (Москва)
И. Н. Каграманян (Москва)	В. Н. Павлов (Уфа)
Э. А. Кашуба (Тюмень)	А. А. Решетников (Москва)
С. М. Кутепов (Екатеринбург)	Т. В. Семенова (Москва)
И. П. Корюкина (Пермь)	

Правила оформления статей для публикации в журнале утверждаются и изменяются редакционной коллегией в соответствии с требованиями ВАК для периодики, включенной в Перечень ведущих рецензируемых научных изданий.

С полным текстом правил вы можете ознакомиться на сайте журнала **www.chelsma.ru**. Технические требования и советы авторам по подготовке материалов для отправки в редакцию вы найдете на стр. 40 этого номера.

Статьи и сопроводительные материалы высылаются на электронный адрес редакции **pgmedes@chelsma.ru**.

Номер подписан в печать по графику 25.06.2020. Дата выхода 30.06.2020.

Отпечатан в типографии ИП Шарифулин Р. Г. (454080, г. Челябинск, ул. Энтузиастов, 25а).

**Всероссийская научно-практическая онлайн-конференция
«Актуальные проблемы психиатрии и психотерапии»**

Оригинальные научные исследования	Original research
Психопрофилактика и психокоррекция профессионального (эмоционального) выгорания у специалистов психолого-медико-педагогических комиссий	Psychoprophylaxis and psychocorrection of a professional (emotional) burnout among specialists of the psychological, medical and pedagogical commissions
Исламова Л. А.	Islamova L. A.
Проблемы оказания комплексной психолого-медико-педагогической помощи детям с расстройствами аутистического спектра в условиях учебно-коррекционного отделения ГБОУ «Областной центр диагностики и консультирования» г. Челябинска	Problems of providing integrated psychological, medical and pedagogical assistance to children with autism spectrum disorders in the training and correctional department of SBEI «Regional Center for Diagnostics and Consulting», Chelyabinsk
Кондакова О. Н., Иванова Е. Ю., Вельдер П. М., Клишко Ю. В.	Kondakova O. N., Ivanova E. Yu., Velder P. M., Klimko Yu. V.
Клинические особенности синдрома Аспергера в подростковом возрасте	Clinical features of Asperger syndrome in adolescence
Малинина Е. В., Забозлаева И. В., Патракова А. А.	Malinina E. V., Zabozaeva I. V., Patrakova A. A.
Гендерные различия психопатоподобного синдрома при подростковой шизофрении	Gender differences of a psychopathic syndrome in teenager schizophrenia
Пилявская О. И.	Pilyavskaya O. I.
Неврозоподобные психические расстройства при герпетических инфекциях	Neurosis-like mental disorders in herpes infections
Полецкий В. М., Колмогорова В. В., Даровских О. В.	Poletskiy V. M., Kolmogorova V. V., Darovskiy O. V.
К вопросу об особенностях психического состояния беременных в третьем триместре	To the question of the mental state features of pregnant women in the third trimester
Стрижев В. А., Байдин А. А., Сивых П. А., Стрижев В. В.	Strizhev V. A., Baydin A. A., Sivykh P. A., Strizhev V. V.
Качественные характеристики установок и убеждений и их динамика в процессе проведения когнитивно-поведенческой терапии тревожно-депрессивных расстройств (на примере лиц с онкологическими заболеваниями)	Qualitative characteristics of attitude and beliefs and their dynamics in the process of cognitive-behavioral therapy of anxiety-depressive disorders (on the example of cancer patients)
Шарова О. Н.	Sharova O. N.
Литературный обзор	Literary review
Новые возможности терапии больных с психическими расстройствами (литературный обзор)	New treatment options for patients with mental disorders (literature review)
Семёнова Е. М., Малинина Е. В.	Semyonova E. M., Malinina E. V.
Справочный раздел	Miscellaneous
В помощь авторам статей	Help to the paper authors

Уважаемые коллеги!

28 мая 2020 года прошла традиционная ежегодная конференция, посвященная современным проблемам психиатрии и психотерапии. В это необычно сложное время мы нашли время на обсуждение актуальных вопросов психиатрических дисциплин. Конференция прошла в новом для нас формате, дистанционно. Докладчики были из многих уголков России, они поделились своим опытом работы, затронули наиболее существенные аспекты психиатрии. Мы признательны и специалистам, принявшим активное участие в работе конференции. К нам присоединились все ведущие психиатрические больницы области и врачи, занимающиеся помощью людям, с психическими расстройствами.

Перед вами материалы Всероссийской научно-практической конференции, в номер журнала включены работы по наиболее важным и актуальным темам — клиническим проявлениям психических заболеваний, их лечению, диагностике. Анализируя содержание статей, можно отметить, что все они раскрывают ведущие аспекты психиатрии, смежных специальностей, излагают накопленный опыт, отражают наиболее существенные проблемы и приглашают к дальнейшим дискуссиям. Редакционный совет благодарит всех специалистов, представивших материалы для публикации.

*Е. В. Малинина, заведующая кафедрой психиатрии
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России;*

А. А. Фокин, главный редактор;

М. Г. Москвичева, заместитель главного редактора;

Е. А. Григоричева, ответственный секретарь.

УДК 616.89-02:378.3-085.851

Психопрофилактика и психокоррекция профессионального (эмоционального) выгорания у специалистов психолого-медико-педагогических комиссий

Л. А. Исламова

Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение «Областной центр диагностики и консультирования», Челябинск, Россия

Psychoprophylaxis and psychocorrection of a professional (emotional) burnout among specialists of the psychological, medical and pedagogical commissions

L. A. Islamova

Regional Center for Diagnostics and Consulting, Chelyabinsk, Russia

Аннотация. Профессиональный труд специалиста психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) отличает высокая эмоциональная напряженность в связи с постоянным взаимодействием и общением с детьми, имеющими те или иные проблемы в развитии, и с их родителями, что нередко ведет к профессиональному (эмоциональному) выгоранию. В целях предупреждения профессионального выгорания и психологической коррекции начальных проявлений такового была разработана программа по профилактике эмоционального выгорания у специалистов ПМПК с ее последующей реализацией в общеобразовательном учреждении «Областной центр диагностики и консультирования» города Челябинска в течение восьми месяцев, в которой приняли участие 18 сотрудников данного учреждения. Оценка эффективности программы, направленной на формирование навыков саморегуляции, позитивного самовосприятия и управления собственным психоэмоциональным состоянием, осуществлялась с помощью экспериментально-психологического теста «Диагностика уровня эмоционального выгорания». Тестирование проводилось дважды: до начала реализации программы психопрофилактики эмоционального выгорания и по ее завершении. Первичное обследование обнаружило проявления эмоционального выгорания различной степени выраженности у большинства лиц, составивших группу изучения, — 72 %. Повторное тестирование после восьми месяцев реализации психопрофилактической программы зафиксировало значительное снижение числа тех, у кого отмечались какие-либо признаки эмоционального выгорания, — до 28 %. Более высокие частота и выраженность эмоционального выгорания, как и его меньшая подверженность обратному развитию, в большей степени были присущи лицам старше 40 лет и со стажем работы свыше 20 лет, что обосновывает необходимость более раннего вовлечения специалистов ПМПК в тренинговую программу психопрофилактики.

Ключевые слова: синдром профессионального (эмоционального) выгорания (СЭВ); психопрофилактика СЭВ.

Abstract. The professional work of a specialist in the psychological, medical and pedagogical commission (PMPC) is distinguished by high emotional tension due to the constant interaction and communication with children who have certain problems in development and with their parents, which often leads to professional (emotional) burnout. In order to prevent professional burnout and psychological correction of the initial manifestations of such, a program was developed to prevent emotional burnout among specialists of PMPC, with its subsequent implementation in the educational institution “Regional Center for Diagnostics and Consulting” in Chelyabinsk for 8 months, in which 18 employees took part in this institution. Evaluation of the effectiveness of the program aimed at developing the skills of self-regulation, positive self-perception and management of one's own psycho-emotional state was carried out using the experimental psychological test “Diagnosis of the level of emotional burnout”. Testing was carried out twice — before the implementation of the program of psychoprophylaxis of emotional burnout and upon its completion. The initial examination revealed manifestations of emotional burnout of varying severity in most individuals comprising the study group — 72 %. Repeated testing, after 8 months of the implementation of the psychoprophylactic program, recorded a significant decrease in the number of those who had any signs of emotional burnout — up to 28 %. The higher frequency and severity of emotional burnout, as well as its lower susceptibility to reverse development, were more characteristic of people over 40 and with work experience of over 20 years, which justifies the need for earlier involvement of PMPC specialists in the training program of psychoprophylaxis.

Keywords: syndrome of professional (emotional) burnout; psychoprophylaxis of the syndrome of professional (emotional) burnout.

Введение. Профессиональное выгорание — это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов работающего человека. Описание профессионального выгорания как «синдрома, возникающего в результате хронического стресса на рабочем месте, с которым не удастся справиться» внесено в каталог Международной классификации болезней (МКБ-11), он признан болезнью Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) [7].

Термин «эмоциональное выгорание» был введен американским психиатром Х. Дж. Фрейденбергером еще в 1974 году для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально насыщенной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Первоначально этот термин определялся как состояние изнеможения, истощения с ощущением собственной бесполезности [3].

Синдром профессионального выгорания — самая опасная профессиональная болезнь тех, кто работает с людьми: учителей, социальных работников, психологов, менеджеров, врачей, журналистов, бизнесменов и политиков, — то есть всех, чья деятельность невозможна без общения. Не случайно Кристина Маслач в своей работе определила профессиональное выгорание следующим образом: «эмоциональное сгорание — плата за сочувствие» [6]. Рассматривается СЭВ также и как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия [5].

Эмоциональное выгорание является динамическим процессом и развивается поэтапно, в полном соответствии с механизмом развития стресса и представленностью всех трех его фаз: 1) нервное (тревожное) напряжение — его создают хроническая психоэмоциональная атмосфера, дестабилизирующая обстановка, повышенная ответственность, трудность контингента; 2) резистенция (сопротивление) — когда человек пытается более или менее успешно оградить себя от неприятных впечатлений; 3) истощение — оскудение психических ресурсов, снижение эмоционального тонуса, которое наступает вследствие того, что проявленное сопротивление оказалось неэффективным [1].

Соответственно каждой из фаз возникают отдельные признаки или симптомы нарастающего эмоционального выгорания. Так, на первом этапе (напряжение) отмечаются отдельные, не выраженные и краткосрочные признаки выгорания, сопровождающиеся нередко повышением заботы о себе, например, путем расслабления или организации перерывов в работе.

На втором этапе (резистенция) симптомы выгорания проявляются более регулярно, носят более затяжной характер и труднее поддаются коррекции. Профессионал может чувствовать себя истощенным после хорошего сна и даже после выходных. Перерывы в работе оказывают положительный эффект и снижают уровень выгорания, но этот эффект носит временный характер — уровень выгорания частично повышается через три дня после возвращения к работе и полностью восстанавливается через три недели [8].

Признаки и симптомы третьего этапа выгорания (истощение) являются уже хроническими. Могут появиться стойкие физические и психологические проблемы (язвы, депрессивная симптоматика и др.). Попытки заботиться о себе, как правило, не приносят результата, а профессиональная помощь может не давать быстрого облегчения. Профессионал может подвергать сомнению ценность своей работы, профессии и жизни как таковой [4].

Профессиональное выгорание возникает в результате внутреннего накопления отрицательных эмоций без соответствующей «разрядки» или «освобождения» от них. Оно ведет к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов человека. Собственно, профессиональное выгорание как болезнь с позиций концепции стресса Г. Селье представляет собой дистресс, или третью фазу общего адаптационного синдрома — фазу истощения [8]. Первая же (напряжение) и вторая (сопротивление) фазы являются этапами развития СЭВ.

Специалисты психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК) находятся в «зоне риска» по развитию синдрома эмоционального выгорания, так как их работа напрямую связана с постоянным взаимодействием и общением с детьми, имеющими те или иные проблемы в развитии, и с их родителями. Общение это, как правило, имеет выраженную эмоциональную окраску, как положительную, так и отрицательную. В целом профессиональный труд специалистов ПМПК отличается высокой эмоциональной напряженностью, и, как следствие этого, они со временем могут испытывать профессиональное (эмоциональное) выгорание.

Вышеизложенное определило **цель** данной работы — выявление признаков эмоционального выгорания у специалистов ПМПК с разработкой и реализацией программы психопрофилактики и психокоррекции таковых, а также оценкой ее эффективности.

Материалы и методы. Материалами настоящего исследования явились результаты оценки наличия и выраженности признаков СЭВ у 18 специалистов ПМПК Областного центра диагностики и консультирования (г. Челябинск) до их включения в тренинговую программу психопрофилактики и психокоррекции СЭВ (август 2019 года) и спустя 8 месяцев (апрель 2020 года).

Половой и возрастной состав. Стаж работы сотрудников ПМПК, принимавших участие в программе психопрофилактики СЭВ, составил: более 20 лет — 5 человек (28%); до 15 лет — 4 (22%); до 10 лет — 5 (28%); до 5 лет — 4 (22%).

Все вошедшие в исследовательскую программу участвовали в ежемесячных групповых тренинговых занятиях продолжительностью от 90 до 180 минут. Всего было проведено 8 занятий — 1 информационно-практическое и 7 тренинговых, а также 2 диагностических мероприятия (до начала реализации профилактически-психокоррекционной программы и по ее завершении).

Оценка выраженности проявлений СЭВ у обследуемых до проведения психопрофилактической программы и через 8 месяцев от начала ее реализации осуществлялась с помощью методики «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В. В. Бойко [3].

Результаты исследования и их обсуждение. Первичное диагностическое обследование 18 специа-

листов ПМПК на предмет наличия у них проявлений СЭВ и выраженности таковых тестом «Диагностика уровня эмоционального выгорания» обнаружило следующее. Признаки формирования фазы «напряжения» были зафиксированы у одной из обследуемых (6%). Показатели, свидетельствующие о формировании фазы «резистенция», отмечены у шести (33%), а еще у двоих (11%) они соответствовали уже сформировавшейся фазе «резистенция» (то есть различную выраженность признаков данной фазы СЭВ выявляли у 8, или 44%, обследуемых). Фаза «истощения» в стадии формирования определялась в четырех случаях (22%). Отсутствовали какие-либо проявления СЭВ у пяти человек (28%).

Таким образом, большинство специалистов ПМПК при первичном обследовании проявляли признаки эмоционального выгорания большей или меньшей выраженности (72%), что нашло свое наглядно-графическое отображение на рисунке 1.

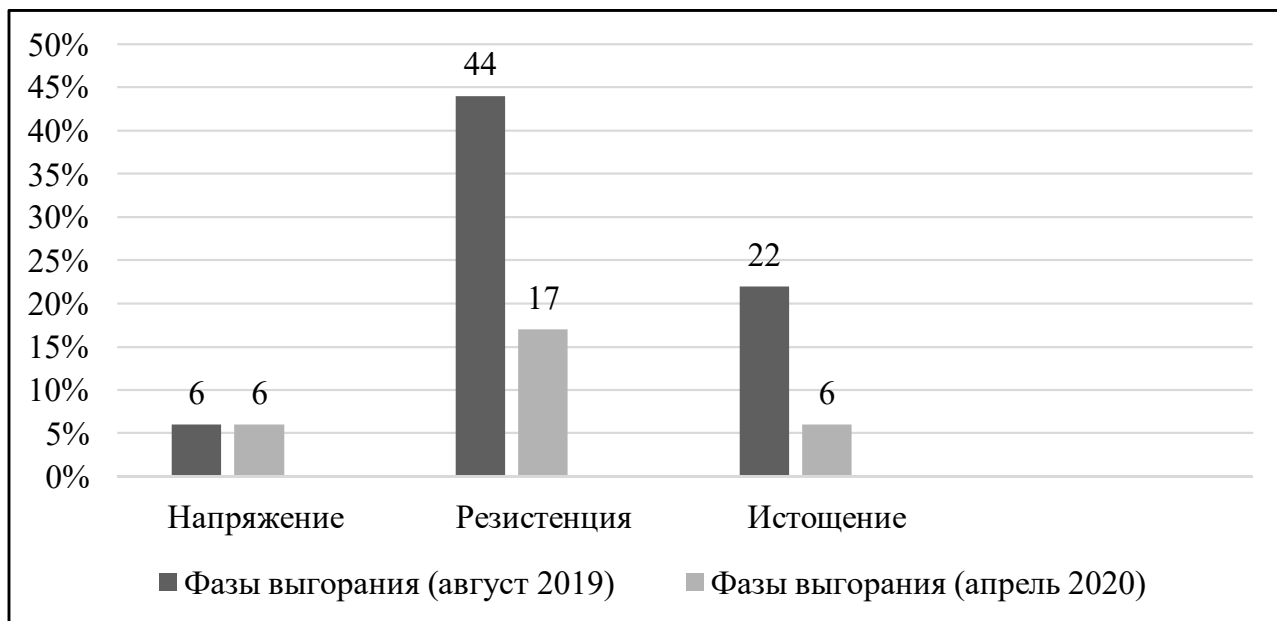


Рисунок 1. Сравнительная оценка показателей выраженности эмоционального выгорания, август 2019 — апрель 2020 года, %

По результатам первичного исследования был установлен также и тот факт, что более выраженные проявления СЭВ были присущи лицам старше 40 лет и со стажем работы свыше 20 лет. Отдельные же симптомы («тревога и депрессия», «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование», «эмоционально-нравственная дезориентация», «расширение сферы экономии эмоций», «редукция профессиональных обязанностей») отмечались уже у тех, чей возраст превышал 30 лет, а стаж работы — 5 лет. Последнее согласуется с данными и других исследований [2].

Все прошедшие первичное обследование в дальнейшем приняли участие в психопрофилактической

тренинговой программе, направленной на формирование навыков саморегуляции, управления собственным психоэмоциональным состоянием и позитивного самовосприятия. Данная программа включала три блока: освоение навыков межличностного взаимодействия, коррекция внутриличностных проблем, раскрытие и закрепление реальных психических возможностей.

В ходе реализации программы психопрофилактики СЭВ решались следующие основные задачи: 1) формирование здорового жизненного стиля, высокофункциональных стратегий поведения и личностных ресурсов, препятствующих эмоциональному выгоранию; 2) создание условий для открытого,

доверительного общения, восприятия информации, творческой атмосферы работы; 3) информирование о действии стрессогенных факторов и последствий стресса на физическое и психическое здоровье, взаимосвязи эмоционального выгорания с особенностями личности, общения и стрессом, а также способах его преодоления; 4) направленное осознание имеющихся личностных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения, с их развитием.

Вышеперечисленные задачи решались в процессе проведения терапевтических игр и заданий, способствующих сотворению единого психологического пространства и овладению приемами межличностных взаимодействий. Использовались также различные виды дискуссий, игр, элементов психодрамы, соответствующие основным структурным компонентам личности: самопознанию, самопобуждению, профессиональному росту и самореализации. Привлекались и задания, обеспечивающие стабилизацию самооценки, что создавало ощущение собственной ценности, уверенности в себе. Помимо этого, проводилось обучение релаксационным упражнениям для снятия психологического напряжения, тревожности, раздражительности, а также приемам саморегуляции и самоконтроля [10, 11].

Спустя 8 месяцев от начала реализации программы психопрофилактики СЭВ, в апреле 2020 года, было осуществлено повторное диагностическое обследование тех же 18 специалистов ПМПК методикой «Диагностика уровня эмоционального выгорания». Результаты этого исследования засвидетельствовали значительное снижение выраженности проявлений эмоционального выгорания у лиц обследуемого контингента, что графически отражено на рисунке 1. Он с достаточной наглядностью демонстрирует, что фаза «напряжения» (и только в стадии формирования) была зафиксирована лишь в одном случае (6%); фаза «резистенции» на этапе формирования — в двух (11%) и сформировавшаяся — еще в одном (6%), всего — 3 (17%); фаза «истощения» в стадии формирования — в одном

(6%). Отсутствовали какие-либо признаки СЭВ у 13 человек (72%).

Таким образом, участие специалистов ПМПК в групповой тренинговой программе психопрофилактики СЭВ привело к значительному снижению у них как частоты, так и выраженности проявлений эмоционального выгорания. Так, число лиц с какими-либо признаками СЭВ в группе изучения уменьшилось в 2,5 раза. Вместе с тем более чем у четверти обследованных (28%) от всей выборки, или больше чем у трети (38,5%) от тех, у кого при первичном обследовании регистрировались те или иные проявления СЭВ, они сохранялись даже после 8-месячного участия в психопрофилактической программе. Последнее может быть обусловлено разными факторами: недостаточной продолжительностью реализации программы психопрофилактики СЭВ (8 месяцев), относительной редкостью проведения тренинговых занятий (1 раз в месяц), значительным профессиональным стажем и возрастом участников, а возможно, и рядом других моментов. Все это должно стать предметом последующих дополнительных исследований, так же как и совершенствование программы психопрофилактики эмоционального выгорания.

Выводы. Значительная часть специалистов психолого-медико-педагогических комиссий при экспериментально-психологическом исследовании проявили признаки синдрома эмоционального выгорания различной степени выраженности. Участие в групповой тренинговой программе психопрофилактики СЭВ на протяжении восьми месяцев привело к существенному снижению у них как частоты, так и выраженности проявлений эмоционального выгорания. Более высокие частота и выраженность эмоционального выгорания, как и его меньшая подверженность обратному развитию, в большей степени были присущи лицам старше 40 лет и со стажем работы свыше 20 лет. Вышеизложенное обосновывает необходимость более раннего вовлечения специалистов ПМПК в тренинговую программу психопрофилактики СЭВ.

Литература

1. Бабич О. И. Профилактика синдрома профессионального выгорания педагогов: диагностика, тренинги, упражнения. Волгоград : Учитель, 2020. 122 с.
2. Бойко В. В., Ковалёв А. Г., Панфёров В. Н. Социально-психологический климат коллектива и личности. Москва : Мысль, 1983. 208 с.
3. Бойко В. В. Синдром эмоционального «выгорания» в профессиональном общении. Санкт-Петербург : Питер, 2003. 474 с.
4. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. Санкт-Петербург : Питер, 2009. 358 с.
5. Грабе М. Синдром выгорания — болезнь нашего времени. Санкт-Петербург : Речь, 2008. 96 с.
6. Маслач К. Профессиональное выгорание: как люди справляются [Электронный ресурс]. URL: www.mgeneral.com/3-now/98-now012498ml/htm (дата обращения: 05.12.2018).
7. Международная классификация болезней: «профессиональный синдром» эмоционального выгорания [Электронный ресурс]. URL: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/ru/ (дата обращения: 10.10.2018).
8. Орел В. Е. Исследование феномена психического выгорания в отечественной и зарубежной психологии // Проблемы общей и организационной психологии. Ярославль, 1999. С. 76–97.

9. Осухова Н. Г. Профессиональное выгорание, или Как сохранить здоровье и не «сгореть» на работе. Москва : Педагогический университет «Первое сентября», 2011. 56 с.
10. Рычкова В. В. Формирование эмоциональной устойчивости педагога : методические рекомендации. Чита : ЧИПКРО, 2005. 75 с.
11. Самоукина Н. В. Практический психолог в школе: Лекции, консультирование, тренинги. Москва : Психотерапия, 2008. 256 с.
12. Семёнова Е. М. Тренинг эмоциональной устойчивости педагога. Москва : Изд-во ин-та психотерапии, 2005. 224 с.
13. Хухлаева О. В. Школьная психологическая служба. Работа с педагогами. Москва : Генезис, 2008. 192 с.

Сведения об авторе

Исламова Лариса Анатольевна, педагог-психолог ГБОУ «Областной центр диагностики и консультирования»
Адрес: 454126, г. Челябинск, ул. Худякова, 20; тел. 8 351 232-00-57; e-mail: ocdik@mail.ru

УДК 616.89-008.485-003.96-053+316.61+159.98:37

Проблемы оказания комплексной психолого-медико-педагогической помощи детям с расстройствами аутистического спектра в условиях учебно-коррекционного отделения ГБОУ «Областной центр диагностики и консультирования» г. Челябинска

О. Н. Кондакова, Е. Ю. Иванова, П. М. Вельдер, Ю. В. Климко

Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение «Областной центр диагностики и консультирования», Челябинск, Россия

Problems of providing integrated psychological, medical and pedagogical assistance to children with autism spectrum disorders in the training and correctional department of SBEI «Regional Center for Diagnostics and Consulting», Chelyabinsk, Russia

O. N. Kondakova, E. Yu. Ivanova, P. M. Velder, Yu. V. Klimko

Regional Center for Diagnostics and Consulting, Chelyabinsk, Russia

Аннотация. В статье представлен практический опыт работы общеобразовательного учреждения по оказанию комплексной психолого-медико-педагогической помощи детям с расстройствами аутистического спектра. Авторы раскрывают основные проблемы, которые возникают в процессе диагностики, обучения, социализации и лечебно-профилактической работы с обучающимися в условиях школы.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра; социализация; интеграция; индивидуальная образовательная программа; адаптированная общеобразовательная программа; лечебно-профилактические мероприятия.

Abstract. The article presents the practical experience of a general educational institution in providing comprehensive psychological, medical and pedagogical assistance to children with autism spectrum disorders. The authors reveal the main problems that arise in the process of diagnosis, training, socialization and medical and preventive work with students in school.

Keywords: autism spectrum disorders; socialization, integration; individual educational program; adapted general educational program; medical and preventive measures.

Актуальность. Аутизм называют эпидемией XXI века. Более 1% детей в мире имеют аутизм, при этом расстройство до сих пор плохо изучено, диагностика во многих странах не развита, а ученые говорят о значительном распространении аутизма по всей планете. Число людей, страдающих отклонениями в развитии, стремительно растет. Как показывает статистика аутизма в мире на 2016 год, больных стало в 10 раз больше, чем было десять лет назад.

По данным статистического наблюдения, в России 0,1% детского населения страдает аутизмом. В 2018 году, по данным Министерства здравоохранения, в Российской Федерации зарегистрировано 31 685 детей с аутизмом. Исходя из этой информации можно сделать вывод, насколько диагностика аутизма в России отстает от реального положения дел.

В докладе Всемирной организации здравоохранения от 8 апреля 2013 года отмечалось, что нарушения в развитии нервной системы в области коммуникаций, социального взаимодействия и когнитивной деятельности серьезно ограничивают повседневное функционирование лиц с расстройствами аутистического спектра и крайне затрудняют их прогресс

в развитии, обучении и социальной сфере. Нарушения аутистического спектра являются для семей огромным эмоциональным и экономическим бременем. Уход за детьми с такими расстройствами требует много сил, особенно при недостаточном доступе к обслуживанию и поддержке. Во всем мире большинство лиц с такими нарушениями и их семей не получают никакой помощи от систем здравоохранения или социальной помощи. [1]

Проблемы пациентов с расстройствами аутистического спектра находятся под пристальным вниманием Министерства здравоохранения Российской Федерации и специалистов ведущих федеральных центров. В девяти субъектах РФ реализуются пилотные проекты, целью которых является раннее выявление детей с риском развития ментальных нарушений, в том числе аутистического спектра.

Целью исследования явилось выявление основных проблем у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) и их родителей в Челябинской области, обратившихся в ГБОУ «Областной центр диагностики и консультирования» г. Челябинска (ГБОУ ОЦДиК), и поиск возможностей решения путем оказания комплексной психолого-медико-пе-

дагогической помощи в условиях учебно-коррекционного отделения центра.

Материалы и методы исследования. Было проведено комплексное обследование 54 детей с расстройствами аутистического спектра, обучающихся в начальной школе учебно-коррекционного отделения ГБОУ ОЦДиК в 2019/2020 учебном году. Обучающиеся были распределены по возрасту: 8–11 лет — 39 детей, 12–18 лет — 15 детей, из них девочек — 18 (33,3%), мальчиков — 36 (66,7%), что соответствует общемировой статистике распределения детей с аутизмом по полу. Показатели здоровья детей определялись по результатам обследования в амбулаторно-поликлинических условиях с участием врачей-специалистов ГБОУ ОЦДиК: психиатров, педиатра, невролога, отоларинголога, офтальмолога, ортопеда.

Использовались следующие методы: наблюдение, сбор анамнеза, опрос, объективное обследование.

На основании проведенных исследований представлена система комплексных психолого-медико-педагогических коррекционных и реабилитационных мероприятий с участием медицинских и педагогических работников: учителей, психологов, учителей-дефектологов, учителей-логопедов.

Результаты исследования. В ходе обучения и наблюдения детей с РАС была составлена характеристика состояния здоровья обучающихся. Заболевания распределены по рубрикам с использованием МКБ-10.

Так, на первом месте были выявлены психические расстройства, которые соответствуют профилю учреждения. Все дети, обучающиеся в начальной школе, страдают аутизмом и находятся на инвалидности, со сложной структурой дефекта: аутизм сочетается с легкой умственной отсталостью у 20 детей (42,6%), умеренной умственной отсталостью — у 31 ребенка (57,4%). [3]

Второе место занимали болезни нервной системы (87%), среди которых эпилепсия выявлена у 3 детей; третье место — болезни костно-мышечной системы (79,6% — нарушения осанки, плоскостопие). У 63% детей отмечены болезни эндокринной системы (у 17 детей — избыточная масса тела, у 4 — отставание в физическом развитии); 40,7% имели врожденные аномалии, в том числе головного мозга. Каждый ребенок имел несколько заболеваний (в среднем 4,2).

Проведенное исследование состояния здоровья позволило выявить потенциальные возможности обучающихся и разработать **систему комплексных психолого-медико-педагогических коррекционных и реабилитационных мероприятий**, способствующих улучшению состояния здоровья, развитию, адаптации и полноценной жизни в обществе. Все мероприятия были разделены на несколько этапов.

Первый этап. Диагностический. Проблемы поздней диагностики расстройств аутистического спектра отмечаются во всем мире, и в особенности в России. В последние годы этому вопросу уделяется все больше внимания. При анализе своевременности установления диагноза у обучающихся в ГБОУ ОЦДиК отмечается, что диагноз РАС в основном установлен не ранее 4–5 лет, а у 9 детей (16,7%) — к 7 годам. По данным Центральной ПМПК, в последние годы участковые психиатры уделяют этому вопросу больше внимания; также неоценимую помощь в ранней диагностике данного расстройства оказывают ведущие специалисты кафедры психиатрии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России и ГБУЗ ОКСПНБ № 1 г. Челябинска.

Второй этап. Определение программы обучения. В начальную школу учебно-коррекционного отделения ГБОУ ОЦДиК дети направляются по результатам диагностического обследования на ПМПК, которая рекомендует адаптированные общеобразовательные программы начального общего образования для обучающихся со сложным дефектом — РАС и умственной отсталостью различной степени тяжести. В учебно-коррекционном отделении ГБОУ ОЦДиК укомплектовано 10 классов, в которых обучаются по 4–5 детей, 10 детей находятся на индивидуальном обучении.

Третий этап. Лечебно-оздоровительная работа. Для улучшения восприятия обучающих программ большинству детей со сложным дефектом требуется медикаментозная коррекция, которую назначает психиатр по месту жительства. Большой проблемой является убеждение родителей таких детей в необходимости медикаментозной коррекции. Многие дети страдают от недостаточного понимания родителями необходимости данного рода поддержки образовательного процесса.

Выбор препарата проводится с учетом психопатологической структуры расстройства, наличия или отсутствия сопутствующих психологических, неврологических и соматических нарушений. Кроме того, медикаментозная терапия показана при действии внешних и внутренних неблагоприятных факторов в кризисные периоды развития, при изменениях в микросоциальном окружении и окружающей среде в целом. [2]

В учебно-коррекционном отделении ГБОУ ОЦДиК из 54 обучающихся медикаментозное лечение по назначению участкового психиатра получают 39 детей (72,2%): 37 детей (68,5%) — психотропные препараты (рисполепт, сонапакс, галоперидол, хлорпротиксен, неупелтил, тералиджен, фенибут), курсы ноотропов — 12 детей (22,2%), нейрометаболические препараты (глицин, тенотен) курсами получали 15 детей (27,8%). Терапию сопутствующих заболеваний — эпилепсии (финлепсин, депакин, кеппра) получают 2 ребенка (3,7%). Практически каждый

ребенок, получающий медикаментозную терапию, в течение учебного года получает 2–3 препарата, чередуя лечение психотропными препаратами с нейрометаболическими и ноотропами. Отмечено, что дети, получающие вышеуказанные препараты, спокойно сидят на уроках, хорошо воспринимают обучающий материал, более успешны в обучении, в достижении хороших результатов не только в школе, но и дома и в окружающем их социальном пространстве.

В процессе обучения дети постоянно наблюдаются врачом-педиатром. В течение года они получают курсы витаминов (пентовит, ревит), мягкие седативные препараты (тенотен, успокаивающий чай), в эпидемиологический сезон — иммуномодуляторы (анаферон). Для лечения заболеваний нервной системы, дыхательной и костно-мышечной систем используется физиолечение: магнито-терапия (АЛМАГ-01, УНИЛОР-01), ЭПС-терапия (УМС-СТОПА), УФО, ингаляции.

Медикаментозная коррекция должна обязательно сочетаться с развивающим обучением. Единственное, в чем сходятся специалисты: лечение детей с аутистическими расстройствами должно быть индивидуализированным, с одной стороны, и «мультимодальным» — с другой, что предусматривает участие в лечебно-реабилитационных программах врачей, психологов, социальных педагогов, родителей и учителей. [5]

Четвертый этап. Коррекционно-развивающая работа. Специалисты учебно-коррекционного отделения постоянно применяют коррекционно-развивающие методики в обучении детей со сложным дефектом. Работа с детьми осуществляется педагогами-психологами, учителями-дефектологами, учителями-логопедами.

В течение учебного года, по окончании каждой четверти, в учебно-коррекционном отделении проводятся психолого-медико-педагогические консилиумы. В начале учебного года на установочном консилиуме оценивается состояние здоровья каждого ребенка, выявляются сопутствующие заболевания, а также уровень и отклонения в развитии детей, их способности и увлечения. В отношении каждого обучающегося принимается решение о применении конкретных образовательных, коррекционно-развивающих методик и необходимости осуществления медикаментозной коррекции и реабилитационных мероприятий. На текущем и заключительном консилиумах педагоги докладывают о результатах обучения и воспитания, эффективности коррекционно-развивающей работы и планах дальнейшего развития обучающихся.

Прикладной поведенческий анализ в настоящее время широко применяется при работе с детьми с нетипичным развитием. Он доказал свою эффективность при обучении таких детей самым разно-

образным навыкам: самообслуживанию, академическим навыкам, речи и т. д. [6]

Специалисты учебно-коррекционного отделения внимательно и грамотно используют характерологические особенности личности ребенка с расстройством аутистического спектра для его обучения и развития.

Так, например, уединенность, погружение в собственный мир детей с РАС педагоги используют на уроках арт-терапии, ручного труда, рисования. Дети создают прекрасные своеобразные картины, изделия из пластилина, бумаги, других подручных материалов, находя им необычное применение.

Стереотипное поведение и мышление используется при привитии этим детям бытовых навыков. Педагоги обучают их правильно складывать свою одежду, проводить уборку, расставлять и убирать посуду, правилам культурного поведения.

Развитие коммуникативных навыков у обучающихся происходит в процессе учебной и внеурочной деятельности, в том числе и на уроках физкультуры во время общих игр, таких как волейбол, баскетбол, бадминтон, теннис. Во время спортивных праздников особое внимание педагогами уделяется формированию и развитию навыков взаимодействия детей между собой, а также со взрослыми, педагогами и родителями во время эстафет, соревнований по перетягиванию каната; оцениванию достижений других детей и т. п.

Развитие социализации и интеграции детей с РАС в общество происходит организованно в сопровождении педагогов и родителей при посещениях детьми театров, зоопарка, хаски-центра, учебного аэродрома и музея ЧВВАКУШ, парка Победы, бассейна и др.

Очень важным в развитии личности ребенка с расстройством аутистического спектра является формирование позитивных эмоций. Специалистам ГБОУ ОЦДиК удается добиться этого во время подготовки и проведения многочисленных воспитательных мероприятий, праздников, спортивных соревнований и спортивных мероприятий. Дети не только выступают на праздниках с музыкальными номерами, стихами, сценками, но и являются ведущими и соведущими. Итогом ежегодной работы специалистов с детьми с РАС является праздник «Мы можем все!», на котором дети демонстрируют все свои успехи и достижения.

В коррекционно-развивающей работе с детьми с расстройствами аутистического спектра в ГБОУ ОЦДиК значительную роль играет адаптивная физическая культура. Это комплекс мер спортивно-оздоровительного характера, направленных на реабилитацию и адаптацию к социальной среде людей с ограниченными возможностями здоровья. В течение последних двух лет в учебно-коррекционном отделении успешно реализуется инновационный проект

по физкультурно-оздоровительному направлению для обучающихся со сложным дефектом 4–9-го годов обучения «Резервы здоровья». Педагогами физической культуры несколько лет подбирались комплексы общеразвивающих упражнений, на разные группы мышц, с учетом индивидуальных возможностей организма, возраста, сложной структуры дефекта, сопутствующих заболеваний. На занятиях применялись различные методы педагогического воздействия. В результате упорной ежедневной целенаправленной работы учителей физической культуры, постоянного медицинского контроля за состоянием здоровья обучающихся достигнута высокая эффективность физкультурно-оздоровительных мероприятий. Все больше детей привлекается к занятиям адаптивным спортом, основу которого составляет соревновательная деятельность и подготовка к ней, достижение максимальных адаптационно-компенсаторных возможностей на доступном биологическом уровне, совершенствование индивидуальной спортивной техники за счет сохраненных функций. В результате строгого медицинского отбора и допуска к соревнованиям обучающиеся учебно-коррекционного отделения ГБОУ ОЦДиК в течение ряда лет занимают призовые места на соревнованиях по лыжному и конькобежному спорту, плаванию, по легкой атлетике среди учащихся коррекционных школ.

Пятый этап. Работа с родителями. Расстройства аутистического спектра — это вид искаженного развития, который не только формирует особую личность ребенка, но и оказывает огромное влияние на его семью. Поэтому работа с семьями аутичных детей является важным элементом комплексного подхода в психолого-медико-педагогическом процессе коррекции данной патологии.

Ограниченность в контактах с окружающими людьми, с медицинскими работниками не позволяет родителям детей с РАС получать правильные медицинские знания о проблемах своих детей, они черпают их из псевдомедицинских источников, на форумах в сети Интернет, от знакомых, тратят большие деньги на сомнительные методы лечения, не дающие положительных результатов. Многие родители уделяют внимание второстепенным, вспомогательным методам лечения, игнорируя наличие серьезных основных и сопутствующих заболеваний у детей и пренебрегая традиционными методами лечения, эффективность которых давно доказана. Некоторые родители, уповая на сомнительные диеты, пренебрегают современными методиками учебных и коррекционно-развивающих занятий.

Оптимизация внутрисемейных отношений, профилактика распада семьи и социального сиротства, создание благоприятных условий для воспитания и обучения ребенка с РАС в условиях семьи — важнейшие задачи работы с родителями детей-инвалидов с РАС. [4]

Работа с родителями проводится врачом-психиатром, психотерапевтом, врачом-педиатром в виде индивидуальных бесед, лекций на родительских собраниях. Врачом-педиатром подготовлены памятки с рекомендациями для родителей при различных заболеваниях у детей с РАС. Педагог-психолог проводит занятия, на которых родителям оказывается необходимая психологическая поддержка, родители обучают правильному взаимодействию с детьми и подсказывают простые выходы из сложных ситуаций.

Шестой этап. Анализ. При проведении анализа эффективности оказания комплексной психолого-медико-педагогической помощи детям с РАС в условиях учебно-коррекционного отделения ГБОУ ОЦДиК были оценены следующие показатели: успехи обучающихся в учебе, улучшение физической подготовки, спортивные достижения, состояние здоровья, отсутствие обострений хронических заболеваний, снижение заболеваемости острыми респираторными инфекциями.

Проводилась также оценка эффективности медикаментозной терапии. Значительное улучшение отмечалось у 16 обучающихся (29,6%). Из них получали медикаментозную терапию по назначению психиатра 14 детей, не получали — 2 детей. Улучшение отмечалось у 34 обучающихся (63%). Из них получали медикаментозную поддержку 25 детей, не получали — 9 детей. У 4 детей состояние без изменений (7,4%), они не получали препараты.

Таким образом, среди обучающихся, получающих медикаментозную терапию по назначению врача-психиатра, значительное улучшение и улучшение отмечалось у 39 детей (72,2%), а среди обучающихся, не получающих препараты, — у 11 детей (20,4%).

Система комплексных психолого-медико-педагогических коррекционных и реабилитационных мероприятий, проводимых с детьми с РАС в условиях учебно-коррекционного отделения ГБОУ ОЦДиК, показала высокую эффективность. При оценке результатов эффективности наилучший эффект получен при сочетании вышеперечисленных мероприятий с медикаментозной коррекцией. Опыт работы с этими детьми стал основой для разработки и реализации инновационных программ, созданных специалистами ГБОУ ОЦДиК, выступлений на региональных форумах, публикаций в методических пособиях, сборниках, журналах.

Выводы. Таким образом, в связи с ростом количества детей с РАС важным аспектом является необходимость оказания помощи им и их семьям. При обучении таких детей специалисты ежедневно сталкиваются с рядом проблем, возникающих в процессе диагностики, обучения, наблюдения, медикаментозной поддержки, проведения коррекционных и реабилитационных мероприятий, рабо-

ты с семьей. Поиск методов решения этих проблем осуществляется в условиях учебно-коррекционного отделения ГБОУ ОЦДиК. Тесное взаимодействие специалистов (педагогов, медицинских работников) с родителями, постоянная целенаправленная коррекционно-развивающая и лечебно-оздоровитель-

ная работа с детьми с РАС в условиях учебно-коррекционного отделения ГБОУ ОЦДиК позволяют добиться хороших результатов в обучении, социализации и успехов в развитии и совершенствовании личности таких детей, а также повысить удовлетворенность их родителей достигнутыми результатами.

Литература

1. Всеобъемлющие согласованные усилия по лечению всего спектра нарушений, связанных с аутизмом : доклад Секретариата Всемирной организации здравоохранения, 8 апреля 2013 года [Электронный ресурс]. URL: https://autism-frc.ru/system/articles/files/000/000/079/original/Доклад_Секретариата_ВОЗ_-8.04.2013.pdf?1467089916. 9 с.
2. Ключник Т. П., Андросова Л. В., Симашкова Н. В. и др. Состояние врожденного и приобретенного иммунитета у детей с психотическими формами расстройств аутистического спектра // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2011. Т. 111, № 8. С. 41–45.
3. Международная классификация болезней десятого пересмотра. Психические расстройства и расстройства поведения. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2003. С. 373–380.
4. Морозов С. А. Основы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра. Москва : Академия повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования, 2014. 448 с.
5. Симашкова Н. В., Ключник Т. П., Якупова Л. П. и др. Расстройства аутистического спектра (мультидисциплинарные клиничко-биологические подходы к диагностике и терапии) // Психиатрия. 2013. № 4 (60). С. 5–10.
6. Шрамм Р. Детский аутизм и АВА : АВА (Applied Behavior Analysis): терапия, основанная на методах прикладного анализа поведения / пер. с англ. З. Измайловой-Камар ; науч. ред. С. Анисимова. Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2013. 208 с.

Сведения об авторах

Кондакова Ольга Николаевна, директор ГБОУ «Областной центр диагностики и консультирования», педагог-психолог высшей квалификационной категории
Адрес: 454126, г. Челябинск, ул. Худякова, 20; тел. 8 351 232-00-57; e-mail: ocdik@mail.ru

Иванова Елена Юрьевна, заместитель директора ГБОУ «Областной центр диагностики и консультирования» по УВР, кандидат педагогических наук, учитель высшей квалификационной категории
E-mail: eivanova.81@mail.ru

Вельдер Полина Михайловна, врач-педиатр высшей квалификационной категории, ГБОУ «Областной центр диагностики и консультирования»
E-mail: ocdik@mail.ru

Климко Юрий Владимирович, учитель высшей квалификационной категории ГБОУ «Областной центр диагностики и консультирования»
E-mail: ocdik@mail.ru

УДК 616.895-053.7

Клинические особенности синдрома Аспергера в подростковом возрасте**Е. В. Малинина, И. В. Забозлаева, А. А. Патракова**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Челябинск, Россия

Clinical features of Asperger syndrome in adolescence**E. V. Malinina, I. V. Zabozaeva, A. A. Patrakova**

South-Urals State Medical University, Chelyabinsk, Russia

Аннотация. Было изучено 16 пациентов мужского пола с синдромом Аспергера в возрасте 15–17 лет.

В ходе исследования было выявлено, что у всех подростков собственно аутистические симптомы (стереотипии, эхолалии, страх нового) редуцировались, но формировались личностные расстройства. У большинства пациентов (n=11) отмечались нарушения поведения, 3 подростка имели обсессивно-компульсивное расстройство, у 2 была депрессия.

Ключевые слова: синдром Аспергера; подростковый возраст; депрессия; обсессивно-компульсивное расстройство.

Abstract. 16 male patients with Asperger syndrome aged 15–17 were studied. In the course of the study, it was revealed that in all adolescents, autistic symptoms themselves (stereotypes, echolalia, fear of the new) were reduced, but personality disorders were formed. Most patients (n=11) had behavioral disorders, 3 adolescents had obsessive-compulsive disorder, and 2 had depression.

Keywords: Asperger syndrome; adolescence; depression; obsessive-compulsive disorder.

Актуальность. В 1944 году австрийский педиатр Ганс Аспергер впервые описал детский аутизм у мальчиков, который он назвал «аутистическое расстройство личности в детском возрасте» [4]. В то время исследование Г. Аспергера было практически неизвестно. И только в 1981 году Лорна Винг опубликовала «клинический отчет» о заболевании, которое назвала «синдром Аспергера» [15]. Многие годы велась дискуссия на тему существования детей с синдромом Аспергера (СА), о том, каковы его диагностические категории, отличия от других аутистических расстройств [6, 12]. В результате «синдром Аспергера» был включен в системы МКБ-10 и DSM-IV. По клиническим характеристикам Г. Аспергера, Л. Винг, МКБ-10 и DSM-IV обоснование диагноза строилось на следующих позициях. Это замкнутые, с хорошей речью, нередко способные, эксцентричные дети и подростки, чаще мальчики. Они трудно сходятся с людьми, поскольку не умеют «считывать социальные сигналы»; им трудно воспринимать эмоции других людей, выражение лиц и жестикуляцию; они проявляют неуклюжесть в социальной среде; они скорее говорят «на людях», нежели «с людьми»; большую часть времени посвящают своим узконаправленным увлечениям, о которых могут говорить бесконечно. Они также склонны находиться в социальной изоляции (часто подвергаются насмешкам и бывают отвергнутыми), к сверстникам относятся неадекватно, безучастно и агрессивно [1–3, 5, 16]. Однако до настоящего времени остается неясность во многих вопросах. Например, все ли дети имеют речевые и когнитивные

проблемы в первые три года жизни, есть ли разница между СА и высокофункциональным аутизмом, как клиническая, так и терминологическая. И каков исход СА в пубертатном возрасте, во взрослой жизни. По данным большинства исследований, по мере взросления детей симптомы и нарушения никуда не уходят, а могут появляться новые испытания, новые феномены. Прогноз может ухудшаться из-за появления более сложных личностных расстройств: тревожности, депрессии, истероформных и психопатоподобных реакций, с агрессией, аутоагрессией, которые подтверждают определенное движение в развитии личности [1].

Связано ли это с возрастной динамикой или определяется возрастом постановки диагноза, когнитивным статусом и возрастом овладения речью, остается неясным.

В подростковом возрасте СА также характеризуется стереотипным и обсессивным поведением и отклонениями в социально-эмоциональном и коммуникативном статусе [11]. Известно, что некоторые пациенты с СА совершают преступления и, более вероятно, насильственные преступления против незнакомцев [13]. Также сообщалось об отсутствии чувства юмора [10], неспособности смеяться над собой (гелотофилия), но наслаждаться смехом над другими (катагеластизм) [9]. Согласно выводам A. Helles et al. (2016), существует характерное несоответствие между чистым СА (в настоящее время нет сопутствующей психиатрической помощи) и СА плюс (СА и еще одно текущее расстройство). SA pure демонстрирует безразличное и независимое

поведение, в то время как SA plus тревожит, боится, застенчив и утомляет [8].

У многих людей с СА развиваются вторичные психические расстройства в подростковом и взрослом возрасте. Это может быть связано с генетической, психиатрической семейной историей и неврологическими заболеваниями. Наиболее распространенные сопутствующие расстройства включают дефицит внимания и гиперактивность (СДВГ), депрессию или и то, и другое [7]. У этих детей чаще встречаются родственники с депрессией, шизофренией и более широким аутичным фенотипом. Наряду с вышеупомянутым заболеванием часто наблюдается биполярное расстройство при СА [14]

На сегодняшний день появление новых симптомокомплексов рассматривается с позиции коморбидности, двойного диагноза.

Цель исследования: изучить клинические особенности синдрома Аспергера в подростковом возрасте.

Материалы и методы. Ретроспективно методом случайного отбора изучено 16 пациентов мужского пола с синдромом Аспергера в возрасте 15–17 лет. Всем обследованным диагноз был выставлен в детском возрасте. Верификация расстройства проводилась в соответствии с МКБ-10, рубрика F84.5. Использовались клинические методы исследования, тест Д. Векслера (WISC) для определения уровня интеллекта, психологические тесты на обследование мышления и личности.

Результаты исследования и обсуждение. В ходе исследования было выявлено, что у всех детей в раннем возрасте отмечалось развитие с опережением: развернутая речь формировалась к двум годам, одновременно дети начинали самостоятельно читать, проявляли интерес к энциклопедиям, журналам. При этом тяжело адаптировались в коллективе, не выполняли режимные моменты, не умели общаться с детьми, не поддерживали диалог, в речи были эхолалии, они не играли в совместные активные игры, не принимали участия в совместных мероприятиях, моторно были неловкими, отмечались стереотипные движения (ходьба на цыпочках, взмахи руками). Имели интересы, не соответствующие возрасту: увлекались техникой, компьютерами, минералами, динозаврами, конструктором ЛЕГО. Дети жили в своем придуманном мире, «сами по себе», имели ритуалы (выполнение действий строго по времени, расположение предметов на своих местах). Боялись всего нового, людей.

С начала обучения в школе все пациенты демонстрировали хороший уровень усвоения школьной программы, но имели трудности с социализацией. Большинство детей не имели друзей, были одиноки в коллективе. В общении со сверстниками не чувствовали ситуацию, не слушали собеседника, навязывали свои узконаправленные интересы:

устройство Солнечной системы, карта мира, флаги, схемы, большие животные, биология, анатомия. Одноклассники считали их «странными», и постепенно они становились предметом насмешек и издевательств, в ответ проявляя агрессию и самоагрессию. Такие поведенческие нарушения требовали коррекции и являлись поводом для обращения к специалистам.

С начала пубертата у всех подростков аутистические симптомы (стереотипии, эхолалии) редуцировались, но формировались личностные расстройства. Так, у большинства пациентов (n=11) отмечались нарушения поведения. Подростки замыкались, становились более одинокими, не поддерживали диалог с близкими, не имели друзей, были грубыми, агрессивными, импульсивными, вспыльчивыми, давали отказные реакции. К прежним увлечениям присоединялись компьютерные игры, погружение в виртуальный мир, фантазии. У 3 подростков развилось обсессивно-компульсивное расстройство с преобладанием ритуалов, например, перед сном 3 раза покрутить глобус, потрогать картинки, нажать на кровать, проплыть 2 круга перед выходом из бассейна, совершать действия религиозного характера. В эмоциональном состоянии преобладала тревога. Двое пациентов отмечали сниженное настроение, нарушение сна, плаксивость, чувствительность, утомляемость, идеи самоуничтожения и однократные суицидальные высказывания.

Психологическое обследование выявило, что уровень интеллекта у пациентов с синдромом Аспергера был выше средней нормы — 95–101 балл. Границы вербальных оценок были от 85 до 100 баллов, невербальный уровень имел также высокие границы от 92 до 106 баллов.

Мыслительные особенности подростков характеризовались достаточным уровнем процессов обобщения и абстрагирования с беглостью речи, легкостью генерирования идей, оригинальностью ассоциаций, у 5 пациентов отмечались единичные латентные признаки. Личностные особенности отражали аутистические черты: с трудностью социальной адаптации, ранимостью, сензитивностью, замкнутостью, выраженной избирательностью в контактах, интравертированностью, с выраженными нарушениями поведения в виде протестных реакций на средовые воздействия, избыточной возбудимостью, повышенной импульсивностью, склонностью к неожиданным и своевольным поступкам, агрессивными реакциями, категоричностью суждений по отношению к любым мнениям.

Заключение. Таким образом, в подростковом периоде нивелировались ранние признаки аутизма, наблюдающиеся в первые годы жизни пациентов, но формировались более сложные личностные расстройства с нарушением поведения: стереотипное повторяющееся поведение, ригидность и персе-

верации, импульсивность, нарушения настроения (тревожность, депрессия). Если говорить о синдромологической составляющей, то это расстройство поведения (деструктивное) ($n=11$), обсессивно-компульсивное расстройство ($n=3$) и депрессия ($n=2$). Клинические особенности СА в подростковом возрасте, с одной стороны, отражают воз-

растную динамику психопатологической картины, с другой — демонстрируют появление феномена коморбидности (наличие более чем одного расстройства одновременно). Вопрос коморбидности встает в связи с необходимостью думать одновременно и о поведенческих проблемах, и о медикаментозном вмешательстве.

Литература

1. Башина В. М. Диагностика аутистических расстройств в хронобиологическом аспекте // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2015. № 2. С. 79–97.
2. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / Н. В. Симашкова [и др.] ; под ред. Н. В. Симашковой, Т. П. Ключник. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. 288 с.
3. Ребер М. Расстройства аутистического спектра. Москва : БИНОМ, 2017. 134 с.
4. Asperger H. Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter // Archiv für psychiatrie und nervenkrankheiten. 1944. Vol. 117, № 1. С. 76–136.
5. Frith U. Emanuel Miller lecture: Confusions and controversies about Asperger syndrome // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2004. Vol. 45, № 4. P. 672–686.
6. Gillberg C., Steffenburg S., Schaumann H. Is autism more common now than ten years ago? // The British Journal of Psychiatry. 1991. Vol. 158, № 3. P. 403–409.
7. Gillberg I. C., Helles A., Billstedt E. et al. Boys with Asperger syndrome grow up: psychiatric and neurodevelopmental disorders 20 years after initial diagnosis // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2016. Vol. 46, № 1. P. 74–82.
8. Helles A., Gillberg C. I., Gillberg C. et al. Asperger syndrome in males over two decades: stability and predictors of diagnosis // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2015. Vol. 56, № 6. P. 711–718.
9. Kaplar J. E. Humor as an educational and therapeutic tool: Living with Asperger's syndrome in a land of neurotypicals [Internet]. 2011. URL: <https://www.scribd.com/document/20229841/Humor-as-an-Educational-and-Therapeutic-Tool-Living-with-Asperger-s-Syndrome-in-a-Land-Neuro-Typicals>.
10. Lyons V., Fitzgerald M. Humor in autism and Asperger syndrome // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2004. Vol. 34, № 5. P. 521–531.
11. McAlonan G. M., Daly E., Kumari V. et al. Brain anatomy and sensorimotor gating in Asperger's syndrome // Brain. 2002. Vol. 125, № 7. P. 1594–1606.
12. Szatmari P., Bartolucci G., Bremner R. et al. A follow-up study of high-functioning autistic children // Journal of Autism and Developmental Disorders. 1989. Vol. 19, № 2. P. 213–225.
13. Tantam D., Girgis S. Recognition and treatment of Asperger syndrome in the community // British Medical Bulletin. 2009. Vol. 89, № 1. P. 41–62.
14. Vannucchi G., Masi G., Toni C. et al. Bipolar disorder in adults with Asperger's syndrome: a systematic review // Journal of Affective Disorders. 2014. Vol. 168. P. 151–160.
15. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account // Psychological Medicine. 1981. Vol. 11, № 1. P. 115–129.
16. Wing L. Past and future of research on Asperger syndrome // Asperger syndrome. 2000. P. 418–432.

Сведения об авторах

Малинина Елена Викторовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64; тел. 8 351 269-73-50; e-mail: malinina.e@rambler.ru

Забозлаева Ирина Валентиновна, доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

E-mail: zabazl@mail.ru

Патракова Анастасия Анатольевна, старший лаборант кафедры психиатрии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

E-mail: chocolatemaniac@mail.ru

УДК 616-891.7-02:616.895.8-053.7

Гендерные различия психопатоподобного синдрома при подростковой шизофрении

О. И. Пилявская

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия

Gender differences of a psychopathic syndrome in teenager schizophrenia

O. I. Pilyavskaya

South-Urals State Medical University, Chelyabinsk, Russia

Аннотация. Рассматриваются клинические особенности психопатоподобных нарушений, возникающих в рамках психопатоподобного синдрома при подростковой шизофрении. На основании обследования 36 пациентов в возрасте от 13 до 17 лет дан анализ психопатоподобных расстройств, имеющих у юношей и девушек, страдающих шизофренией. Установлено, что независимо от формы шизофрении, в рамках которой наблюдаются эти нарушения, основные проявления психопатоподобных расстройств были связаны с гендерной принадлежностью и возрастными этапами пубертатного периода. Достоверно чаще у подростков мужского пола наблюдались выраженные социализированные расстройства поведения и влечений, имеющие антисоциальную направленность и сопряженные с элементами патологического фантазирования. У подростков женского пола — несоциализированные расстройства поведения и влечений, в том числе с аноректическими тенденциями. Психопатоподобные нарушения, связанные с расстройством примитивных влечений, наблюдались с одинаковой частотой.

Ключевые слова: шизофрения; подростковый возраст; шизофренические симптомы; психопатоподобные нарушения; гендерные различия.

Abstract. The clinical features of psychopathic disorders occurring within the framework of a psychopathic syndrome in adolescent schizophrenia are considered. Based on a study of 36 patients aged 13 to 17 years, an analysis of psychopathic disorders present in boys and girls suffering from schizophrenia is given. It was established that regardless of the form of schizophrenia within which these disorders are observed, the main manifestations of psychopathic disorders were associated with gender and age stages of the puberty period. Significantly more often, in male adolescents, pronounced socialized disorders of behavior and drives were observed, which had an antisocial orientation and were associated with elements of pathological fantasizing. Female adolescents have unsocialized disorders of behavior and drives, including those with anorectic tendencies. Psychopathic disorders associated with a disorder of primitive drives were observed with the same frequency.

Keywords: schizophrenia; juvenility; schizophrenic symptoms; psychopathic disorders; gender differences.

Актуальность. Проблема психопатоподобных расстройств шизофренического спектра в подростковом возрасте, несмотря на многолетнюю историю ее изучения, до настоящего времени является одной из самых актуальных. Интерес к данной проблеме обусловлен прежде всего ее большой диагностической значимостью, важным значением для выбора правильной терапевтической тактики и проведения эффективных реабилитационных мероприятий. Подростковому возрастному периоду, в котором наблюдаются эти нарушения, соответствует эмоционально-идеаторный уровень функционирования и реагирования нервно-психической сферы, когда первостепенную роль в жизнедеятельности подростка играют аффект, бурное формирование идеаторной сферы, безусловно-рефлекторные механизмы — инстинкты и тесно связанные с ними слабо осознаваемые подростком побуждения — влечения

[3, 4, 5]. Болезненный процесс, затрагивая все эти сферы жизнедеятельности, создает основу для психопатоподобных расстройств, которые зачастую являются основным психопатологическим проявлением и занимают главное место в клинике шизофрении у подростков. В свою очередь особенностью подросткового возраста является то, что психопатоподобные синдромы имеют непатологические аналоги в структуре пубертатной психики, это создает трудности дифференциальной диагностики. При таких особенностях в развитии заболевания на начальном этапе возможна ошибка диагностики — отнесение проявлений искаженного пубертатного криза к шизотипическому расстройству [7]. Многие исследователи сходятся на том, что если психопатические нарушения, начинаясь в переходном возрасте, являются этапом шизофренического процесса, то психопатологические особенности со-

стояния очень быстро теряют облик искаженного пубертатного криза. В том случае, когда происходит трансформация состояния в сторону появления признаков «нажитой» психопатии, но отличается от нее грубостью психопатологических проявлений, нарастанием дефицитарной симптоматики и формированием шизофренического дефекта, можно говорить о приступообразно-прогредиентной шизофрении. В других случаях явления искаженного пубертатного криза в начале заболевания камуфлируют собой психопатоподобный этап умеренно прогредиентной или злокачественной шизофрении [7]. Предложенная А. Е. Личко (1979) систематика психопатоподобных расстройств при шизофрении у подростков учитывает форму и стадии развития заболевания и особенности проявлений этих расстройств. В зависимости от картины нарушений описаны синдромы (на основании их сходства с определенными типами психопатий): синдром нарастающей шизоидизации, эпилептоидный синдром, синдром неустойчивого поведения, истероидный синдром. При разных формах и стадиях шизофрении он выделяет психопатоподобную форму вялотекущей шизофрении, психопатоподобные дебюты прогредиентной (простой, параноидной) шизофрении, психопатоподобные неполные ремиссии при приступообразно-прогредиентной и непрерывно-прогредиентной шизофрении, постпроцессуальные псевдопсихопатии (после приступов шизофрении, обычно, перенесенных в детстве), психопатоподобные изменения личности при шизоаффективных психозах.

В настоящее время также большой интерес для исследователей представляют гендерные и межполовые различия развития шизофрении и сопутствующих ей изменений поведения, как у взрослых, так и в подростковом возрасте [1, 2]. Психологические различия между представителями мужского и женского пола имеют свою нейробиологическую основу. Женщины способны к более устойчивой и последовательной обработке информации и ее систематизации, а у мужчин более выражена способность к эмоционально-целостному восприятию, синтетическому мышлению [1, 7]. Смысловая система координат, касающаяся как явлений окружающего мира, так и собственной личности, у женщин более консервативна и, следовательно, более устойчива при формировании эндогенного заболевания [1]. Результаты исследований зарубежных авторов, выполненных на когортах взрослых людей, свидетельствуют о том, что у мужчин, страдающих шизофренией, более выражена негативная симптоматика, выше уровень социальной дезадаптации [8]. В женской популяции больных шизофренией можно говорить о терапевтическом патоморфозе в сторону смягчения течения заболевания, у мужчин наблюдается обратная тенденция, особенно за последние полтора десятилетия. Это связано с комплексом

факторов, не только биологических, но и социально-психологических, в том числе массивными влияниями социальных стрессов, негативными последствиями так называемой культурной травмы [2]. По этой причине многие авторы, говоря о психологических особенностях больных шизофренией, называют их «гендерными», а не «половыми», настаивая на том, что по психологическим характеристикам различия между мужчинами и женщинами всегда представляют собой совокупность не только биологических, но и социокультурных факторов [1, 2]. А сам термин «гендер» призван подчеркнуть тот факт, что биологические особенности не даны человеку непосредственным образом, а всегда преломляются через призму индивидуального развития и воспитания, существуют в виде субъективного опыта [1, 2]. В настоящее время преобладающее большинство исследований гендерных различий при шизофрении относится к взрослому контингенту. Установление таких различий в подростковом возрасте; определение их влияния на выраженность клинических проявлений и тяжесть течения этих расстройств является актуальной задачей современности.

Цель исследования: изучить гендерные особенности психопатоподобного синдрома при шизофрении у подростков.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе Челябинской областной клинической психоневрологической больницы № 1. Было изучено 36 пациентов в возрасте от 13 до 17 лет. Все пациенты проходили стационарное обследование и лечение, госпитализация была связана с выраженными поведенческими нарушениями, приводящими к дезадаптации подростков. Критериями отбора явились: 1) возраст пациентов от 13 до 17 лет; 2) шизофрения подросткового возраста с психопатоподобными нарушениями (рубрика F21.5 МКБ-10). Критерии исключения: 1) шизотипическое расстройство (рубрика F21.8 МКБ-10); 2) психопатоподобные нарушения при других шизоформных расстройствах; 3) психопатоподобные нарушения иного установленного генеза.

Для исследования применялись методы: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический. Обследование пациентов осуществлялось непосредственно и заочно, на основании анализа всей имеющейся медицинской документации; информации, предоставленной из учебных учреждений. Экспериментально-психологическое обследование касалось оценки уровня интеллекта, особенностей мышления и личности. При постановке диагноза использовались клинико-диагностические критерии, изложенные в МКБ-10. Обработка материала осуществлялась с помощью батареи статистических методик.

Результаты и обсуждение. Было выделено две

группы наблюдений. Первая группа ($n = 29$) — подростки мужского пола; вторая, более малочисленная, группа ($n = 7$) — подростки женского пола. В ходе исследования было установлено, что у всех обследованных обеих групп ведущим психопатологическим симптомокомплексом был так называемый «гебоидный» синдром. Причем в первой группе пациентов у подростков мужского пола уже в препубертатном периоде в поведении наблюдались стертые проявления гебоидности: были очень упрямы, пассивно игнорировали правила поведения учебного заведения, холодно относились к сверстникам, ни с кем не имели теплых дружеских отношений, бурно реагировали на обиду, в коллективе сдерживались, но с домашними (особенно с матерью) могли быть грубы, периодически агрессивны. В этот период со школьной программой справлялись еще хорошо, некоторые ($n = 5$) даже были первыми по учебе в классе, поведенческие нарушения окружающими расценивались не как болезненные, а как «возрастные» изменения. Нарушения инстинктивной сферы жизнедеятельности не носили выраженного характера и проявлялись в основном в виде ее снижения ($n = 29$). В подростковом возрасте симптоматика резко обострялась. На первое место выходили клинические проявления, связанные в первую очередь с расстройством и искажением влечений. Подростки становились грубыми в общении не только с домашними, но и с посторонними людьми (сверстниками, педагогами и т. д.), отсутствовали чувство дистанции и критика к своему поведению. Резко нарушилось поведение в школе и других учебных заведениях: активно нарушали режим, не подчинялись требованиям педагогов, не выполняли учебные задания, отказывались посещать школу, были переведены на домашнее обучение, но и тогда не смогли учиться. Совершали нелепые поступки. Все поведение отличалось холодной жестокостью: занимались мучительством животных (убивали, «казнили» и т. д.), могли кого-нибудь беспричинно избить (в том числе собственную мать). Пищевой инстинкт был нарушен в плане повышенной избирательности ($n = 19$), поедания несъедобного ($n = 8$). Инстинкт самосохранения был снижен. На этом фоне появлялись социализированные расстройства влечений: вслед за отказом от учебы начинали бродяжничать, отмечена истинная дромомания ($n = 7$), употребляли психоактивные вещества ($n = 15$), совершали антиобщественные и делинквентные поступки ($n = 21$), в связи с которыми находились на учете в правоохранительных органах. Отмечалось выраженное усиление и искажение сексуального инстинкта. Расстройства сексуального влечения в основном носили извращенный характер ($n = 18$) и выраженные садистические тенденции ($n = 25$). У части пациентов ($n = 15$) на фоне когнитивного снижения отмечался упорный онанизм. Наблюдалось снижение интеллектуальной

продуктивности, а при психологическом тестировании — личностно-мотивационные нарушения мышления. При этом у части пациентов ($n = 19$) имелась склонность к формированию сверхценных образований и патологическому фантазированию, не достигающему уровня оформленного бреда.

Во второй группе наблюдений ($n = 7$) у девочек препубертатный период протекал без заметных нарушений. Болезнь манифестировала ближе к 14 годам, имела подострое начало. Психопатологические проявления возникали медленно, носили стертый характер. Появление заболевания сопровождалось сначала эпизодическим, а затем полным отказом от посещения школы, постепенным сужением социальных контактов, потерей эмоциональных контактов с близкими, в одной части случаев уходом в себя; в другой истероформным поведением ($n = 5$) с грубым оппозиционным отношением к близким. Поведенческие нарушения наблюдались в основном в пределах семейного окружения. Изначально расценивались как заострение «ранимой девичьей пубертатной психики». В старшем подростковом возрасте на фоне нарастающих процессуальных симптомов и невыраженных личностно-мотивационных нарушений мышления наблюдались неярко выраженные расстройства влечений: в первую очередь пищевого ($n = 4$) в виде избирательности в еде и с элементами аноректического поведения. Нарушения сексуального влечения ($n = 3$) в виде оговоров и самооговоров.

Заключение. Таким образом, при проведении нашего исследования пациентов-подростков, имеющих шизофрению с психопатоподобным синдромом, было обнаружено значительное преобладание мальчиков-подростков над девочками-подростками. В этих когортах пациентов имелись различия в основных клинических проявлениях, выраженности симптоматики и скорости формирования психопатоподобных нарушений. Так, у подростков-мальчиков отдельные симптомы появлялись еще в препубертатном периоде, в пубертатном возрасте быстро усложнялись, имели значительную выраженность, приводили к дезадаптации. В клинической картине преобладали выраженные расстройства поведения и влечения социализированного характера, имеющие антисоциальную направленность и сопряженные с элементами патологического фантазирования. У подростков женского пола психопатоподобные нарушения формировались медленно, носили более стертый характер. В клинической картине преобладали несоциализированные расстройства поведения и влечений, в том числе с аноректическими тенденциями. В целом психопатоподобный синдром при шизофрении (будучи по сути своей негативным симптомокомплексом) у подростков-мальчиков в сравнении с девочками-подростками ассоциировался с большей тяжестью клинических проявлений и глубиной социальной дезадаптации, что может

быть связано с худшим прогнозом заболевания. Это, безусловно, требует дальнейшего его изучения с точки зрения гендерных различий, так как уточнение

таких механизмов может быть полезно для выбора оптимальной терапевтической и реабилитационной тактики.

Литература

1. Бобровникова А. С., Тарасова С. Ю., Якимова В. В. Гендерные различия развития шизофрении [Электронный ресурс] // Вестник новых медицинских технологий. 2015. № 4. Публикация 7-6. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-4/5285.pdf> (дата обращения: 30.11.2015). DOI: 10.12737/16776.
2. Дудолодова М. М. Ценностно-рациональные практики в постсоветском обществе как результат культурной травмы // Общество. Среда. Развитие. 2014. № 4. С. 131–134.
3. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. Москва : Медицина, 1985. 284 с.
4. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. Москва : Медицина, 1985. С. 415.
5. Пилявская О. И., Малинина Е. В. К вопросу нарушения влечений при детской шизофрении. Материалы Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции «Актуальные проблемы возрастной наркологии и профилактики аддиктивных состояний» // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2016. Т. 4, № 4 (15). С. 95–97.
6. Пилявская О. И. О преморбидных особенностях пациентов с детской и подростковой шизофренией // Актуальные вопросы психиатрии, психотерапии и психологии в условиях кризиса : материалы научно-практической конференции. Челябинск, 2010. С. 36–39.
7. Ткаченко А. А., Введенский Г. Е., Большакова Н. Б. Первичная диагностика шизофрении у обвиняемых с аномальным сексуальным поведением : методические рекомендации. Москва : ФГБУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского» Минздравсоцразвития России, 2012. 23 с.
8. Шизотипическое расстройство. Негативные (психопатоподобные и бедные симптомами) симптомокомплексы : методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева ; авт.-сост.: Коцюбинский А. П., Исаенко Ю. В., Аксенова И. О., Моргунова А. М., Ражева М. К. Санкт-Петербург : НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева, 2018. 26 с.
9. Montemagni C., Frieri T., Blandamura A. et al. Gender differences in 353 inpatients with acute psychosis: the experience of one Psychiatric Emergency Service of Turin // Psychiatry Research. 2015. Vol. 227, № 2–3. С. 192–197.

Сведения об авторе

Пилявская Ольга Ивановна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Адрес: 454092, Россия, Челябинск, ул. Воровского, 64; тел. +7 351 269-73-50; e-mail: piliava@mail.ru

УДК 616.89-02-022

Неврозоподобные психические расстройства при герпетических инфекциях**В. М. Полецкий¹, В. В. Колмогорова¹, О. В. Даровских²**¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1», Челябинск, Россия**Neurosis-like mental disorders in herpes infections****V. M. Poletskiy¹, V. V. Kolmogorova¹, O. V. Darovskiy²**¹ South-Urals State Medical University, Chelyabinsk, Russia² Chelyabinsk Regional Clinical Specialized Psychoneurological Hospital No. 1, Chelyabinsk, Russia

Аннотация. Пограничные психические расстройства на отдаленных этапах герпетической инфекции изучены недостаточно, и часто этиология остается не выясненной, а терапия носит синдромальный характер. Обследовано 23 пациента с неврозоподобной симптоматикой. Выявлены синдромальные особенности нейропатического синдрома, особенности диагностики, позволяющие расценивать их как проявление последствий герпетической инфекции. Обсуждаются вопросы патогенеза и этиотропной терапии.

Ключевые слова: пограничные; психические; нейропатический; вирус герпеса.

Abstract. Borderline mental disorders at the remote stages of herpes infection are not sufficiently studied and often the etiology remains unclear, and the therapy is of a syndrome nature. Twenty-three patients with neurosis-like symptoms were examined. The syndrome features of neuropathic syndrome have been identified, and diagnostic features have been identified, allowing to regard them as a manifestation of the consequences of herpes infection. The issues of pathogenesis and ethiotropic therapy are discussed.

Keywords: borderline; mental; neuropathic; herpes virus.

Герпетические вирусные инфекции активно изучаются специалистами различных медицинских специальностей, так как они могут проявляться симптомами от поражения слизистых оболочек, кожи до более тяжелых поражений в виде энцефалитов, височной медианной эпилепсии, рассеянного склероза, лимбического энцефалита и т. д. Список клинических расстройств постоянно пополняется по мере прогресса вирусологической диагностики [1–3]. Психиатры в этом процессе стоят достаточно обособленно, так как они обычно привлекаются интернистами для терапии психотических расстройств при вирусных энцефалитах. Пограничные психические расстройства, за исключением синдрома хронической усталости, не рассматриваются как нарушения, имеющие вирусную природу [4].

Цель работы: оценить роль герпетической вирусной инфекции как этиологического фактора пограничных нервно-психических расстройств; наметить пути поиска патогенетической этиотропной терапии данной патологии.

Материалы и методы. В исследование вошли 23 пациента, которые находились от 2 до 7 лет на «Д» учете у врачей-интернистов различных специальностей (терапевты, кардиологи, гастроэнтерологи, неврологи) и получали различную терапию, соответствующую выставленному диагнозу, без существенной положительной динамики. В дальнейшем обследованные больные были направлены на кон-

сультацию к врачам-психиатрам в ГБУЗ «ОКСПНБ № 1» г. Челябинска. Пациенты находились под нашим наблюдением с 2017 по 2019 год. Из 23 больных было 9 мужчин и 14 женщин, средний возраст (35 ± 4) года. У всех обследуемых наблюдались различные пограничные нервно-психические расстройства, которые сопровождались астенодепрессивной, ипохондрической, соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, также наблюдались диссоциативная (конверсионная) симптоматика, нарушения сна, синестезии, парестезии и сенестопатии различной локализации, головокружения, тревожные и панические расстройства. Наблюдаемые нервно-психические расстройства классифицировались нами по МКБ-10 в рубриках F40–48 и F50–59.

Исследование проводилось клинико-психопатологическим, иммунологическим, нейрофизиологическим и нейровизуализационным методами.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов болезненному состоянию предшествовала нетяжелая ОРВИ, сопровождающаяся герпетическими высыпаниями. После стихания острых проявлений в 16 наблюдениях появлялась астеническая симптоматика, к которой в течение месяца присоединялись другие неврозоподобные симптомы и проявления соматоформной вегетативной дисфункции с нарушением сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной системы, неврологические нарушения в виде головокру-

жений, парестезий, синестезий. Эти расстройства носили полиморфный характер, не позволяющий их четко нозологически классифицировать. У 7 пациентов неврозоподобные расстройства в виде тревожности, депрессии, вегетативной нестабильности, панических атак появлялись сразу по миновании острого периода ОРВИ и расценивались интернистами как затяжной период реконвалесценции. Пациенты долго и без эффекта получали симптоматическую терапию у вышеперечисленных врачей-интернистов. Симптомы усиливались, усложнялись, появлялись новые расстройства, снижалось качество жизни. Такие расстройства расценивались как проявления нейропатического синдрома непсихотического уровня. В его рамках мы выделяли: органические диссоциативные расстройства, органические эмоционально лабильные (астенические) расстройства, легкое когнитивное расстройство, органические расстройства личности и поведения, тревожно-фобические расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство, органические непсихотические аффективные расстройства, соматизированное расстройство, органическое недифференцированное соматоформное расстройство, органическое ипохондрическое расстройство, соматоформную вегетативную дисфункцию [5–7].

Такая вариабельность нейропатологического синдрома обусловлена как собственно первичным органическим поражением мозга на этапе определенного периода вирусной инфекции, так и особенностями вторично возникающих патологических интеграций патодинамической системы с вовлечением различных мозговых структур и выходом на периферию с дисфункцией соматических систем организма [8–10].

На ЭЭГ у всех обследуемых обнаруживались нарушения биоэлектрической активности головного мозга в виде снижения индекса альфа-ритма и увеличения медленных ритмов, ухудшение выполнения функциональных проб на усвоение ритмов, инверсию и восстановление ритмов на световое воздействие, рост индекса альфа-ритма при форсированном дыхании. При обзорных МРТ головного мозга у 22 обследуемых не обнаруживалось грубых органических расстройств, за исключением нерезко выраженных признаков гидроцефалии. В одном случае — у 39-летней женщины с диссеминированными сенестопатиями и парестезиями — обнаружено 5 мелких очагов демиелинизации в подкорковых отделах мозга.

Иммунологическое исследование проводилось на α -, β -, γ -герпес-вирусы (за исключением вируса герпеса человека 8-го типа, HHV-8). Исследовались IgM, IgG и полимеразная цепная реакция. У всех пациентов ПЦР была отрицательная, что свидетельствовало об отсутствии ДНК вируса в крови. Титры IgM не превышали референтных значений, что свидетельствовало об отсутствии текущего воспалительного процесса. В то же время IgG был резко повышен и его титр превышал референтные значения

в 20–50 раз. Клинически значимым является повышение титра более чем в 4 раза. Выявлено значительное повышение титров IgG на следующие виды вирусов: у 11 пациентов обнаружен HVS-1, у 3 — HVS-4 (EBV) и HVS-6A, у 8 — HVS-4 (EBV), у 1 — HSV-2 (VZV).

В связи с обнаруженными данными была высказана гипотеза, что различные нервно-психические и соматоформные расстройства у обследованных пациентов вызваны последствиями герпетической инфекции.

После получения информированного добровольного согласия всем исследуемым была назначена противовирусная терапия. Препараты назначались с учетом мировых стандартов противогерпетической терапии и включали сочетанный курс иммуномодуляторов, противовирусных и гормональных препаратов. Длительность курса терапии — 14 дней. За 7 дней до начала терапии отменялись все психотропные и соматотропные препараты, которые получали пациенты. После окончания курса терапии оценивалась ее эффективность с клинических позиций и через 14 дней повторно исследовалась динамика IgG.

Результаты терапии. В одном случае наблюдалась полная редукция тревоги, головокружений, вегетососудистой нестабильности, что было расценено как выздоровление. В то же время через месяц вышеуказанные симптомы стали появляться вновь, и потребовался повторный курс терапии, после которого наблюдается полная ремиссия в течение двух лет. У остальных 22 испытуемых улучшение было менее выраженным. В первую очередь у пациентов отмечались улучшение настроения, рост психофизической активности, стабилизация вегетативных показателей и улучшение сна. В то же время парестезии, сенестопатии и нейропатические боли сохранялись в прежнем виде. Больные отмечали общее улучшение самочувствия, которого не было в течение болезни. Никаких побочных эффектов терапии не наблюдалось, и все испытуемые выражали надежду, что повторные курсы других противовирусных препаратов будут более результативными. Исследование IgG через 14 дней выявило его снижение только на 5–10%.

Выводы. На основании полученных данных можно предположить, что α -, β -, γ -вирусы герпеса из слизистой оболочки носа через решетчатую кость могут у части больных мигрировать в головной мозг, поражая отдельные нервные клетки, ядра и ганглии. Поражение не носит характера классического воспалительного процесса и не диагностируется. Вирус, внедряясь в ДНК и РНК нервных клеток, приводит не к апоптозу, а к неправильному функционированию нейронных сетей с клиническими проявлениями, обусловленными локализацией поражения. Высокая вариабельность нейропатологического синдрома обусловлена как собственно первичным органическим поражением мозга на этапе острой и подострой вирусной инфекции, так и особенностями вторично

возникающих патологических интеграций патодинамической системы с вовлечением различных мозговых структур и выходом на периферию с дисфункцией соматических систем организма [11–13].

Сложность диагностики и терапии таких состояний обусловлена, с одной стороны, отсутствием вируса и вирусной РНК и ДНК в крови, а с другой стороны — понятной клиницистам неврозоподобной симптоматикой, объясняемой функциональными нарушениями. По нашему мнению, нужно помнить о нейротропности α -, β -, γ -герпес-вирусов, проводить соответствующую иммунологическую диагностику и назначать комплексную противовирусную

терапию в необходимых случаях. Основанием такой терапии может быть обнаружение крайне высоких титров IgG, более чем в 4 раза, а чаще в 20–40 раз превышающих референтные значения. Представляются перспективными исследования, направленные на поиск препаратов для «ремонта» измененной вирусом ДНК или РНК нервных клеток. Дальнейшее изучение особенностей нейропатического синдрома, его динамики, исходов представляет большой научный интерес для построения континуальной модели органических и резидуально-органических расстройств вследствие вирусных поражений центральной нервной системы.

Литература

1. Колмогорова В. В., Полецкий В. М. Клинические проявления астенического синдрома у пострадавших после радиационных аварий на Южном Урале // Академический журнал Западной Сибири. 2014. Т. 10, № 1. С. 27.
2. Полецкий В. М., Колмогорова В. В. Варианты непереходных нейропатических синдромов органических расстройств // Академический журнал Западной Сибири. 2013. Т. 9, № 4. С. 83.
3. Полецкий В. М., Колмогорова В. В. Варианты суицидального поведения у подростков при нейропатологических синдромах в Уральском регионе // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2013. № S1–3. С. 148–151.
4. Полецкий В. М., Колмогорова В. В. Нейропатические синдромы органических расстройств у подростков // Академический журнал Западной Сибири. 2014. Т. 10, № 1. С. 38.
5. Полецкий В. М., Колмогорова В. В. Нейропатологические синдромы органических расстройств // Трансляционная медицина — инновационный путь развития современной психиатрии : Общероссийская конференция с международным участием совместно с совещанием главных специалистов и пленумом правления Российского общества психиатров. Самара, 19–21 сентября 2013 г. / под общ. ред. Н. Г. Незнанова, В. Н. Краснова. Самара, 2013. С. 356–357.
6. Полецкий В. М., Колмогорова В. В. Современная концепция резидуально-органических расстройств // Академический журнал Западной Сибири. 2013. Т. 9, № 2. С. 35–36.
7. Колмогорова В. В., Полецкий В. М. Формирование суицидального поведения у пациентов с посттравматическими изменениями личности в отдаленные периоды радиационных аварий на Южном Урале // Тюменский медицинский журнал. 2013. Т. 15, № 3. С. 6.
8. Колмогорова В. В., Полецкий В. М. Эффективность реабилитационно-восстановительных программ у облученных в результате южноуральских аварий с невротическими, связанными со стрессом, соматоформными расстройствами // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2013. Т. 74. С. 102–105.
9. Колмогорова В. В., Полецкий В. М. Возрастные аспекты проявлений тревожности у пожилых жителей экологически неблагоприятных регионов Южного Урала // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2015. Т. 8, № 2. С. 106–111.
10. Колмогорова В. В., Полецкий В. М. Особенности течения болезни Альцгеймера на Южном Урале // Архив внутренней медицины. 2016. Т. 6, № S1. С. 87–88.
11. Медведев В. Э., Ретюнский К. Ю., Овчинников А. А. и др. Различия в оценке тяжести депрессии врачами и пациентами в процессе комбинированной терапии агонелатином (мультицентровое исследование «ЭМОЦИЯ») // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2016. Т. 116, № 11. С. 26–34.
12. Полецкий В. М. Варианты нейропатологических синдромов органических расстройств // Актуальные вопросы детской психиатрии : материалы региональной межведомственной научно-практической конференции «Нормативно-правовые, законодательные и социальные аспекты в области охраны психического здоровья детей и подростков». Челябинск, 2013. С. 64–66.
13. Полецкий В. М., Колмогорова В. В., Куркин С. Д. и др. Вальдоксан в терапии постпсихотических депрессий // Психиатрия и психофармакотерапия. 2013. Т. 15, № 2. С. 16–22.

Сведения об авторах

Полецкий Владимир Михайлович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64; тел. +7 351 269-73-50; e-mail: vpoletskiy@rambler.ru

Колмогорова Влада Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
E-mail: kolmogorova_v@mail.ru

Даровских Ольга Викторовна, зав. клиническим отделением ГБУЗ «Челябинская областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1»
E-mail: kolmogorova_v@mail.ru

УДК 616.85-056.4-008.6:618.2-071.1

К вопросу об особенностях психического состояния беременных в третьем триместре

В. А. Стрижев, А. А. Байдин, П. А. Сивых, В. В. Стрижев

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Краснодар, Россия

To the question of the mental state features of pregnant women in the third trimester

V. A. Strizhev, A. A. Baydin, P. A. Sivykh, V. V. Strizhev

Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Аннотация. Статья посвящена изучению особенностей психического состояния беременных в третьем триместре. Беременность у всех женщин повышает уровень личностной тревожности, что особенно часто регистрируется в третьем триместре. Социологическим и психометрическим методами обследовано 52 беременные женщины в третьем триместре на базе перинатального центра. У всех принявших участие в исследовании женщин беременность протекала без осложнений. В 20% случаев была выявлена депрессия, в 23% — тревога, в 15% — и депрессия, и тревога. У 27% женщин выявлен тревожный тип психологического компонента гестационной доминанты, у 15% — эйфорический, у 8% — депрессивный. Полученные результаты свидетельствуют о высоком удельном весе беременных с тревогой и депрессией с преобладанием тревожного типа психологического компонента гестационной доминанты, что может способствовать формированию психических нарушений с высоким риском социальной дезадаптации.

Ключевые слова: беременность; третий триместр; психическое состояние; тревога; депрессия.

Abstract. The article is devoted to the study of the characteristics of the mental state of pregnant women in the third trimester. Pregnancy in all women increases the level of personal anxiety, which is especially often recorded in the third trimester. Sociological and psychometric methods examined 52 pregnant women in the third trimester on the basis of the perinatal center. In all women who participated in the study, pregnancy proceeded without complications. Depression was detected in 20% of cases, anxiety in 23%, and depression and anxiety in 15%. An alarming type of the psychological component of the gestational dominant was revealed in 27% of women, euphoric in 15%, and depressive in 8%. The results indicate a high proportion of pregnant women with anxiety and depression, with a predominantly anxious type of psychological component of the gestational dominant, which can contribute to the formation of mental disorders with a high risk of social maladaptation.

Keywords: pregnancy; third trimester; mental state; anxiety; depression.

Актуальность. В последние годы в развитых странах отмечается увеличение у женщин репродуктивного возраста частоты различных психических расстройств, таких как повышенная тревожность, апатия, нарушения сна, сниженное настроение и пр. [1]. По данным ВОЗ, не менее 14% женщин репродуктивного возраста страдают различными психическими расстройствами [2]. Беременность является критическим и переходным периодом в жизни женщины, во время которого меняются ее самосознание и ее положение в мире, в социуме, в своей семье, и может стать провоцирующим фактором в развитии психических расстройств [3]. Третий триместр — самый сложный период для женщины, во время ожидания родов у женщины отмечаются неустойчивый фон настроения, тревога и страхи, связанные с беременностью и родами [4]. Несмотря на то, что некоторые авторы рассматривают повышение уровня тревоги в этом триместре как процесс

адаптивный и физиологически необходимый, все же высокий уровень тревоги во время беременности оказывает отрицательное влияние на физическое состояние матери и плода, течение беременности, а также на перинатальные исходы [5].

Цель исследования: изучение особенностей психического состояния женщин в третьем триместре беременности, протекающей без осложнений.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе перинатального центра ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» Министерства здравоохранения Краснодарского края. В данной работе использовались социологический метод (анонимное анкетирование) и психологическое тестирование.

По специально разработанной анкете, позволяющей получить данные о возрасте, образовании, семейном положении, сроке беременности и социальном статусе, было опрошено 52 женщины в возрасте

от 20 до 41 ($30,54 \pm 0,06$) года в III триместре беременности, протекающей без осложнений.

Критериями включения беременных в исследование были: III триместр, отсутствие осложнений беременности и патологии плода.

Для изучения личностной тревожности использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Для определения психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) использовался тест И. В. Добрякова.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов анкетирования показал, что среди опрошенных женщин наибольший удельный вес (76%) составляют беременные с высшим образованием, остальные 24% — со средним специальным. В ходе социологического анкетирования было выявлено, что 84% опрошенных женщин состояли в браке. В 96% случаев впервые новостью о беременности женщины делились с мужем, что свидетельствует о высоких доверительных отношениях внутри семьи. Лишь 4% сказали об этом в первую очередь родителям. Никто из опрошенных не поделился впервые с друзьями.

Первые роды предстояли 48% женщин, вторые роды — 16%, третьи роды — 24%, четвертые и последующие — 12%.

У 20% женщин беременность была незапланированной. Несмотря на то, что у 80% беременность была запланирована, это не исключало вероятности развития у них психических нарушений.

Проанализировав результаты опроса женщин в третьем триместре по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), мы сделали следующие выводы: 42% опрошенных не имели депрессии и тревоги, среди них были как первородящие, так и повторнородящие, что свидетельствует о высокой психологической устойчивости этих беременных. У 20% респондентов отмечалась депрессия (у 27% — клинически выраженная, у 73% — субклинически выраженная). У 23% беременных была выявлена тревога, среди них 44% имели клинически выраженную тревогу, 56% — субклинически выраженную.

У оставшихся 15% беременных были выражены и тревога, и депрессия, так как, возможно, у этой категории женщин беременность была незаплани-

рованной. Следовательно, можно сделать вывод о высоком уровне тревожности и депрессии в случае незапланированной беременности, независимо от того, какая она по счету. Высокий уровень личностной тревожности может привести к пониженной самооценке, неуверенности в себе и явиться одним из механизмов развития невротических состояний.

В данном исследовании также применялся тест отношений беременной (ТОБ) И. В. Добрякова, с помощью которого устанавливался тип психологического компонента гестационной доминанты (оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный или депрессивный). По результатам нашей работы, 39% опрошенных имели оптимальный тип ПКГД, что свидетельствует о высокой ответственности по отношению к беременности, но без излишней тревоги. Тревожный тип ПКГД имели 27% (14 женщин), из них 8 женщин были первородящими. Данный тип характеризуется высоким уровнем тревоги у беременной, что влияет на ее соматическое состояние. Эйфорический тип был выявлен у 15% женщин. Как правило, он отмечается у женщин с истерическими чертами личности, а также у длительно лечившихся от бесплодия. Депрессивный тип ПКГД был выявлен у 8% респондентов, все они были беременны в третий раз.

Выводы. Изучение особенностей психического состояния женщин в третьем триместре беременности, протекающей без осложнений, показало высокий удельный вес беременных с тревогой и депрессией (58%), с преобладанием тревожного типа психологического компонента гестационной доминанты (27%), что может способствовать формированию психических нарушений с высоким риском социальной дезадаптации. Этого можно избежать благодаря своевременной психокоррекционной и психотерапевтической помощи, направленной на устранение симптомов и изменение отношения к психотравмирующим ситуациям, учитывающей, кроме того, индивидуальные особенности.

Психотерапевтическая и психопрофилактическая подготовка беременных к родам, особенно в третьем триместре, способствует оптимизации психического состояния беременных.

Литература

1. Казаковцев Б. А., Демчева Н. К., Какорина Е. П. и др. Профилактика психических расстройств: акушерство и гинекология по данным федеральных округов. Эпидемиологический анализ // Психическое здоровье. 2018. Т. 16, № 5. С. 3–11.
2. Перова Е. И., Бронфман С. А., Смекалкина Л. В. и др. Эффективность нелекарственных методов коррекции психоэмоциональных нарушений у женщин в третьем триместре беременности (обзор литературы) // Вестник восстановительной медицины. 2016. № 3. С. 67–72.
3. Герасимова О. Ю., Тюков Ю. А. Психическое состояние и личностные особенности женщин в период беременности // Уральский медицинский журнал. 2017. № 6. С. 44–47.
4. Золотых И. В., Налобина А. Н., Желиостова Л. В. Исследование качества жизни у женщин в III триместре физиологически протекающей беременности // Мать и дитя в Кузбассе. 2015. № 2 (61). С. 28–33.
5. Кулиев Р. Т., Руженков В. А. Донозологические формы психических расстройств и состояния повышенного риска дезадаптации у женщин с физиологически протекающей беременностью // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 6. С. 121.

Сведения об авторах

Стрижев Вячеслав Александрович, ассистент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, кандидат медицинских наук

Адрес: 350063, г. Краснодар, ул. им. М. Седина, 4; тел. +7 861 268-36-84; e-mail: strizhev@mail.ru

Байдин Александр Александрович, студент 5-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

E-mail: sivykh@yandex.ru

Сивых Полина Андреевна, студентка 5-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

E-mail: sivykh@yandex.ru

Стрижев Владимир Вячеславович, студент 1-го курса медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

E-mail: strizhev@mail.ru

УДК 616.89

Качественные характеристики установок и убеждений и их динамика в процессе проведения когнитивно-поведенческой терапии тревожно-депрессивных расстройств (на примере лиц с онкологическими заболеваниями)

О. Н. Шарова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия

Qualitative characteristics of attitude and beliefs and their dynamics in the process of cognitive-behavioral therapy of anxiety-depressive disorders (on the example of cancer patients)

O. N. Sharova

South-Urals State Medical University, Chelyabinsk, Russia

Аннотация. В статье представлены результаты пилотного исследования качественных характеристик установок и убеждений лиц с тревожно-депрессивными расстройствами до и после проведения когнитивно-поведенческой психотерапии (на выборке лиц с онкологическими заболеваниями). Обследовано 10 человек, имеющих тревожно-депрессивные расстройства, с различными клиническими локализациями и стадиями рака, добровольно принявших участие в групповой психотерапии, к которым была применена когнитивно-поведенческая модель коррекции ранее сформированных и фиксированных установок и убеждений с дополнительным применением методики переключения зрительного, слухового и телесного внимания. Оценена динамика этих установок и убеждений после полученной психотерапии на разных уровнях их проявления (соматическом, когнитивном, эмоциональном, волевом, философско-экзистенциальном, поведенческом).

Ключевые слова: психологические установки; убеждения; методика переключения внимания; рак; тревога; депрессия; психотерапия.

Abstract. The article presents the results of a pilot study of the qualitative characteristics of attitudes and beliefs of people with anxiety-depressive disorders before and after cognitive-behavioral psychotherapy (on a sample of cancer patients). We examined 10 people with anxiety and depressive disorders, with various clinical localizations and stages of cancer who voluntarily took part in group psychotherapy, to whom cognitive-behavioral correction of previously formed and fixed attitudes and beliefs was applied with the additional use of switching visual, auditory and bodily attention's technique. The dynamics of these psychological attitudes and beliefs after received psychotherapy at different levels of their manifestation (somatic, cognitive, emotional, volitional, philosophical-existential and behavioral) is estimated.

Keywords: psychological attitudes; beliefs; switching attention's technique; cancer; anxiety; depression; psychotherapy.

По данным отечественной и зарубежной литературы, частота тревожных и тревожно-депрессивных расстройств в популяции лиц с онкологическими заболеваниями составляет от 4% и более [6]. В России данные состояния чаще всего становятся объектом лечения главным образом с помощью медикаментозных средств, когда при активном запросе пациента о медицинской помощи (услуге) врачи разных специальностей назначают в подавляющем большинстве случаев антидепрессанты различных химических групп. Однако во всем мире тревожные и тревожно-депрессивные состояния успешно лечатся не только с помощью психофармакологических препаратов, но и с помощью психотерапии [3, 5, 6].

Предпочтение отдается методу когнитивно-поведенческой терапии, который обращается к сознанию

и помогает освободиться от стереотипов и предвзятых представлений, лишаящих свободы выбора и подталкивающих действовать по шаблону. Данный метод позволяет корректировать неосознанные, «автоматические» и зачастую деструктивные по своему содержанию убеждения и установки пациента, которые были сформированы, скорее всего, задолго до заболевания онкологическим заболеванием в результате индивидуального жизненного опыта. Последние, в свою очередь, лишь «обнажились» и вышли на первый план под воздействием психогенно и соматогенно обусловленной ситуации, связанной с диагностикой онкопатологии в тот или иной период жизни индивида. В результате такой изменившейся (в результате болезни) реальной жизни человека он воспринимает свои ранее сформированные и нео-

сознаваемые убеждения и/или установки как истину, и в действительности они могут приводить к искаженным по содержанию умозаключениям, а также изменять как события, связанные с повседневной жизнью в условиях онкологического заболевания, так и события, связанные с лечением самого пациента в условиях лечебного учреждения. Мы называем эти убеждения и установки «деструктивными и разрушительными», потому что они часто становятся источником болезненных эмоций и сформированных на их основе болезненных умозаключений, неадекватного поведения, депрессии, тревожных расстройств и других психических болезненных феноменов.

Установки могут быть ситуативными или фиксированными (в зависимости от продолжительности действия) и направленными и ненаправленными [4]. В настоящей работе мы использовали данную классификацию для описания установок пациентов с онкологическими заболеваниями до проведения психотерапии и после нее.

Как избавиться от таких неосознанных деструктивных установок и убеждений, которые не позволяют пациентам жить качественно и относительно счастливо, а медицинскому персоналу не менее качественно проводить лечебные мероприятия с такими пациентами? Ответу на данный вопрос было посвящено наше исследование, **целью** которого явилось изучение качественного содержания деструктивных убеждений у лиц с диагностированными онкологическими заболеваниями различных локализаций, а также динамики этих убеждений в процессе когнитивно-поведенческой терапии.

Материалы и методы исследования. Исследуемую группу лиц составили 10 человек (мужчин — 3 человека, женщин — 7 человек) в возрасте от 42 до 65 лет [средний возраст ($54 \pm 2,34$) года], имеющих локализацию онкологического процесса в легких, ЖКТ, молочной железе. У всех без исключения пациентов были выявлены тревожные и тревожно-депрессивные расстройства, которые соответствовали диагностическим рубрикам МКБ-10 F43, F06, F07.

Методы исследования. Первая группа методов — диагностические: социальное анкетирование, клинико-анамнестический, экспериментально-психологический; вторая группа методов — терапевтические: когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) в формате групповой работы [1]. Данный вид психотерапии проводился в формате групповых занятий по 60 минут, общий курс занятий составлял 6 последовательных терапевтических сессий, темы которых были обозначены следующим образом:

1. Что такое внимание у человека?
2. Что такое первое и второе внимание?
3. Что такое внутренний монолог (диалог)?
4. Как справиться с избыточным и мешающим спокойно жить внутренним монологом (диалогом)?
5. Как принять себя с болезнью?
6. Место болезни в мозаике жизни.

Названия и темы занятий формулировались таким образом, чтобы облегчить понимание пациентами смысла происходящего на них, а также мотивировать их на работу с психотерапевтом. Ключевой психической сферой, с которой мы работали в рамках групповой психотерапии, была волевая сфера, в частности, сфера внимания как наиболее простая и доступная для понимания инструкций врача больными [2]. Инструкции носили простой и понятный для пациентов характер. Основная методика, положенная в основу групповой психотерапевтической работы с пациентами, была обозначена нами как «Методика переключения зрительного, слухового и телесного внимания» (Шарова О. Н., 2020). Количество посещаемых терапевтических сессий у разных пациентов было различным — от 1 до 6, что было связано с разным уровнем сопротивления у пациентов, который мы не обсуждаем в данной статье.

Результаты исследования и их обсуждение. На первом этапе нашего исследования мы сформировали терапевтическую группу, состоявшую из пациентов с онкологическими заболеваниями, в которую вошли лица с добровольным согласием на данный вид вмешательства. Из 30 человек, опрошенных на предмет прохождения групповой психотерапии, было выявлено лишь 10 человек, принявших участие в данном исследовании. Данный результат говорит об особенностях комплаентности пациентов онкологического профиля относительно возможности получения ими психолого-психотерапевтической помощи.

На втором этапе данного исследования была проведена собственно групповая психотерапия, в основу которой была положена когнитивно-поведенческая психотерапия. Ей предшествовал клинико-анамнестический процесс с целью выделения неосознанных и осознаваемых установок и убеждений пациентов относительно их болезни и жизни в целом. Затем проводился непосредственно процесс групповой работы, когда с помощью инструкций психотерапевта пациенты обучались сначала управлять своим вниманием, отслеживать его и переключать определенным образом на всех уровнях перцепции (зрительной, слуховой и телесно-кинестетической). Затем пациентам предлагалось высказать свои переживания уже с позиции качественно нового физического и психического состояния. В итоге давно сформированные и укоренившиеся и физические ощущения, и психические переживания, и установки с убеждениями приобретали качественно новую окраску, структуру и содержание.

На третьем этапе нашего исследования мы систематизировали высказывания пациентов по шести уровням проживания и реализации их в повседневной жизни и терапевтическом процессе, в состав которых вошли соматический (телесный, физический), когнитивный, эмоциональный, волевой, философ-

ско-экзистенциальный, поведенческий. И, наконец, итогом работы явилось сравнение качественного наполнения установок и убеждений данной группы больных до и после КПТ, которое обнаружило совершенно новый содержательный контент, что по-

зволило больным осознать деструктивное и разрушительное воздействие на них «старых», ранее сформированных и существовавших длительное время, установок и убеждений в их повседневной жизни и реальности (таблица 1).

Таблица 1

Соотношение установок и убеждений пациентов до и после КПТ

Уровень	Ситуативные и фиксированные установки и убеждения пациентов до КПТ	Ситуативные и направленные установки и убеждения пациентов после КПТ
Соматический (телесный, физический)	«Мой слух снижен, я начала глухнуть»	«Я почувствовала обострение слуха, стало больше звуков вокруг»
	«Я уже срослась с моими очками за 25 лет их ношения»	«Мое зрение стало острее, я и не предполагала, что смогу увидеть четко некоторые предметы без очков»
	«Моя жизнь — это сплошная боль»	«Боль трансформировалась в тепло, и стало значительно легче и в теле, и в душе»
	«Моя жизнь — это сплошная боль»	«Правая рука после травмы болела в течение 20 лет, сейчас — после занятия с психотерапевтом — боль в руке значительно уменьшилась»
	«Я безнадежно болен, мой конец один — смерть»	«Успокоение в душе и уменьшение болей в разных участках тела после занятий с психотерапевтом»
	«Я хочу уменьшить тревогу в душе»	«Стало значительно легче в груди и в животе, душевные переживания раскрыть не смог»
Когнитивный	«Мы думаем, что мы безнадежно больны»	Без изменений
	«Все бояться, что что-то плохое случится»	Без изменений
	«Самое главное то, что лечащий врач-онколог скажет, все зависит от его ответов»	Без изменений
	«Врачи не говорят мне, что со мной дальше будет»	Без изменений
	«Моя жизнь — это сплошная боль»	«Увидела и осознала болезненные привычки в своей повседневной жизни»
	«Я безнадежно болен, мой конец один — смерть»	«Если стало лучше от одного занятия с психотерапевтом, то от серии занятий будет точно лучше»
	«Плохие мысли лезут постоянно в голову»	«После занятия с психотерапевтом почувствовала облегчение и успокоение в душе»
Эмоциональный	«Настроение боевое, стараюсь “держаться” и не расплакаться»	«Гармоничное состояние в душе»
	«Я хочу уменьшить тревогу в душе»	«Физически стало легче, но чувства раскрыть не смог»
Волевой	«Плохие мысли лезут постоянно в голову»	«После переключения внимания на инструкции врача все плохие мысли исчезли»
	«Плохие мысли лезут постоянно в голову»	«Как научиться не перенимать на себя все разговоры в палате, так как “я их как будто примеряю на себя, включаюсь во все, что говорят вокруг другие люди”»
	«Моя жизнь — это сплошная боль»	«Увидела и осознала болезненные привычки в своей повседневной жизни»
Философско-экзистенциальный	«Я — это опора для дочери, дочь — это опора для меня»	«Болезнь — это отдельная составляющая жизни»
	«Не могу себе представить жизнь без моих детей»	«Болезнь — это всего лишь часть обширной мозаики жизни»
	«Что будет с сыном, если я умру?»	«У меня много планов на жизнь, я четко вижу, чем я буду заниматься после завершения лечения данного заболевания»
Поведенческий	«Мой слух снижен, я начала глухнуть»	Активное выражение благодарности за проведенную КПТ
	«Я уже срослась с моими очками за 25 лет их ношения»	Активное выражение благодарности за проведенную КПТ
	«Плохие мысли лезут постоянно в голову»	«Как научиться не перенимать на себя все разговоры в палате, так как “я их как будто примеряю на себя, включаюсь во все, что говорят вокруг другие люди”»

Как видно из таблицы 1, содержание установок и убеждений лиц с онкологическими заболеваниями имело разнонаправленные характеристики — от телесных ощущений до философско-экзистенциальных. В подавляющем большинстве случаев выявленные установки изменились по структуре и содержанию формулировок, что отражало формирование нового качественного наполнения и, соответственно, подтверждало нашу первоначальную гипотезу о том, что разработанная нами «Методика по переключению зрительного, слухового и телесного внимания» (Шарова О. Н., 2020) дает новые пути психотерапевтического воздействия на пациентов изучаемого профиля, а также лиц с другими соматическими и психическими состояниями. Обращает на себя внимание, что спектр новых ситуативных и направленных установок и убеждений, получаемых пациентами в результате проведенной психотерапии, охватывает все сферы как перцептивной деятельности больных, так и их повседневной жизни: это и физическая сфера (вплоть до улучшения физиологических функций — зрения и слуха), и эмоционально-волевая сфера, и сфера высших духовно-нравственных переживаний (философско-экзистенциальные переживания), и поведенческая сфера. Исключение составила когнитивная сфера: не все представлен-

ные ранее сформированные и фиксированные установки и убеждения удалось перенаправить в новое русло в помощью проведения КПТ и вывести на новый уровень их осознания пациентами. Установки и убеждения, в которых больные демонстрировали свое обобщение и «средство» со всеми людьми (или большинством людей в целом на планете Земля), или их «внешняя опора» на других людей была слишком высокой (в данном исследовании «внешняя опора» представлена врачами-онкологами), — их не удалось изменить в процессе проведения данного вмешательства. Это открывает новые пути для исследования причин формирования и способов реализации данных установок как в реальной жизни, так и в процессе лечебно-диагностических мероприятий на этапе лечения больных.

Данное исследование показало, что проведение психотерапии тревожных и тревожно-депрессивных расстройств в целом, так же как и у лиц с соматическими, в том числе с онкологическими, заболеваниями, имеет огромное значение. Это может быть особенно актуальным при изучении и реализации программ реабилитации больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, которая в последние месяцы занимает приоритетное место во всех областях медицинской деятельности и науки.

Литература

1. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. Санкт-Петербург : Питер, 2003. 162 с.
2. Гиппенрейтер Ю. Б., Романов В. Я. Психология внимания : хрестоматия по психологии. Москва : АСТ : Астрель, 2008. 700 с.
3. Финагентова Н. В. Психологические ресурсы в профилактике рецидивов при онкологических заболеваниях : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Санкт-Петербург, 2010. 26 с.
4. Шаповаленко И. В. Возрастная психология (психология развития и возрастная психология). Москва : Гардарики, 2005. 349 с.
5. Шарова О. Н., Шадрин И. В., Билалов Л. Л. Онкологические заболевания как пролонгированная психотравма: диагностика, клиника, лечение, профилактика // Психоневрология в современном мире : материалы научно-практической конференции / под ред. Н. Г. Незнанова ; ФГУ «СПб НИПНИ им. Бехтерева Росздрава». Санкт-Петербург : Изд-во «Человек и здоровье», 2007. С. 231–232.
6. Шарова О. Н. Особенности психических расстройств у женщин после радикального лечения рака молочной железы и формирование при них механизмов психологической защиты : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Челябинск, 2000. 23 с.

Сведения об авторе

Шарова Ольга Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64; тел. 8 351 269-73-50; e-mail: onsharova@yandex.ru

УДК 616.89-08

Новые возможности терапии больных с психическими расстройствами (литературный обзор)

Е. М. Семёнова, Е. В. Малинина

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия

New treatment options for patients with mental disorders (literature review)

Е. М. Semyonova, E. V. Malinina

South-Urals State Medical University, Chelyabinsk, Russia

Аннотация. В данной работе представлен обзор нового препарата *карипразин*, в частности, охарактеризована его фармакодинамика (выступает в качестве парциального агониста D2- и D3-дофаминовых рецепторов, агониста 5-HT1A-серотониновых рецепторов, антагониста 5-HT2B-, 5-HT2A- и 5-HT2C-серотониновых рецепторов), которая принципиально отличает новый нейролептик от предшественников; фармакокинетика, согласно которой карипразин обладает самым длительным среди представленных сегодня на рынке пероральных антипсихотиков периодом полувыведения (от 2 до 6 суток); рассмотрены клинические исследования, их результаты и побочные действия нового препарата как самостоятельно, так и в сравнении с другими антипсихотическими препаратами.

Ключевые слова: шизофрения; биполярное аффективное расстройство; карипразин; дофаминовые рецепторы.

Abstract. This work provides an overview of the new drug *cariprazine* in particular, its pharmacodynamics (acts as a partial agonist of D2- and D3-dopamine receptors, agonist of 5-HT1A-serotonin receptors, antagonist of 5-HT2B-, 5-HT2A- and 5-HT2C-serotonin receptors), which fundamentally distinguishes the new drug from its predecessors; according to the pharmacokinetics, cariprazine has the longest half-life of 2 to 6 days among the oral antipsychotics on the market today; clinical trials, their results and side effects of the new drug, both independently and in comparison with other antipsychotic drugs, are considered.

Keywords: schizophrenia; bipolar affective disorder; cariprazine; dopamine receptors.

Актуальность. По данным ВОЗ, каждое десятилетие в мире возрастает количество психически больных на 8–10%. В настоящее время их число приближается к 500 миллионам, среди которых около 50 миллионов страдают шизофренией. Данное психическое заболевание чаще всего манифестирует в молодом возрасте, от 15 до 30 лет, и проявляется постепенной дезорганизацией психической деятельности больных с резким снижением качества жизни. Страдают личностные отношения, происходит отрыв человека от семьи и общества в целом; утрата интересов и побуждений к выполнению привычных форм деятельности. Стойкая дезадаптация ведет к инвалидизации, а соответственно, и существенным экономическим затратам государства. Социальная значимость обусловлена в первую очередь тем, что более 50% лиц с данным диагнозом находятся в социально активном возрасте.

Наряду с шизофренией биполярное аффективное расстройство (БАР) также собой представляет существенную медико-социальную проблему. Биполярное расстройство, известное также как маниакально-депрессивный психоз, представляет собой психическое заболевание, которое характеризуется нетипичной сменой настроений, перепадами «вну-

тренней энергии» и способности участия в различных сферах жизни общества. В отличие от нормальной смены настроений, с их взлетами и падениями, которые присущи всем и каждому, симптомы биполярного расстройства могут привести к весьма серьезным последствиям: это значительные финансовые затраты здравоохранения и общества, криминализация, инвалидизация, разрушение финансовой стабильности, семейных отношений, ухудшение здоровья и качества жизни пациентов и их родственников. БАР связано с повышенным риском самоубийства (10–15%), а частота парасуицидов достигает 25–50%, особенно при смешанных, психотических и депрессивных эпизодах.

В связи с этим рациональное лечение данных нозологий является важнейшей задачей, которую ставят перед собой многие специалисты. По этой же причине врачи проявляют интерес к новым нейролептическим препаратам, в частности, к карипразину, который в перспективе призван принципиально изменить существующие подходы к лечению этих заболеваний и вернуть людей, которые живут с этим диагнозом, в социум.

Цель работы: рассмотреть и проанализировать фармакологические и фармакокинетические свой-

ства, клинические исследования, профиль безопасности и переносимости нового препарата *карипразин*; оценить его перспективность в терапии больных с шизофренией и биполярным аффективным расстройством.

Результаты. История психофармакотерапии берет свое начало в 40-х годах XX века, когда для лечения всех психических расстройств стали применять соли лития и антигистаминные вещества (прометазин) с выраженным седативным эффектом. Только в середине прошлого века был синтезирован первый нейролептик — хлорпромазин (в РФ — «аминазин»). Второй важнейший нейролептик, галоперидол, появился в 1958 году; приблизительно в это же время появились трифлуоперазин (трифтазин) и тиопроперазин. Однако препараты этой линии («типичные» нейролептики), помимо выраженного антипсихотического действия, вызывали множество неврологических (экстрапирамидных) расстройств: акатизию, лекарственный паркинсонизм, дистонические реакции и др. Прием данных препаратов нередко сопровождался психическими побочными действиями: депрессией, повышенной тревожностью, эмоциональной индифферентностью. Исходя из этого возникла необходимость в создании нейролептиков с лучшим профилем переносимости. Спустя несколько лет были разработаны и внедрены в практику такие препараты, как клозапин (1971 год), оланзапин (1982 год), кветиапин (1987 год), рисперидон (1993 год), амисульприд (1996 год), которые впоследствии стали называть «атипичными» нейролептиками. По механизму действия атипичные антипсихотики являются антагонистами 5-HT_{2A}-серотонинергических рецепторов и D₂-дофаминовых рецепторов.

В 2002 году был разработан препарат арипипразол, который был принципиально новым по фармакологическим свойствам и проявлял агонизм к D₂-рецепторам. До недавнего времени арипипразол оставался не только первым, но и единственным в классе антипсихотиков препаратом с упомянутым механизмом парциального D₂-агонистического действия. Однако с его применением ассоциировался ряд новых проблем, не характерных для предыдущих поколений нейролептиков. Так, оказалось, что для многих пациентов с шизофренией арипипразол — «слишком D₂-агонистичен» и из-за этого довольно часто вызывает, особенно в начале тера-

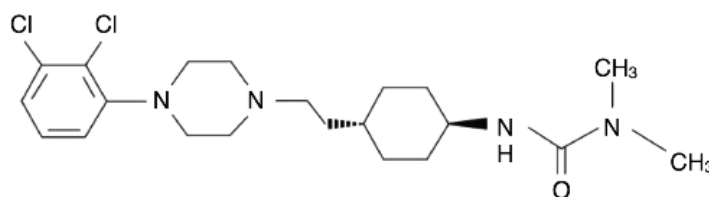
пии, обострение продуктивной психотической симптоматики (бред и галлюцинаций), психомоторное возбуждение, тревогу, бессонницу, вегетативную неустойчивость, тошноту и даже рвоту. Для других же пациентов препарат — по-прежнему «недостаточно D₂-агонистичен» и вызывает выраженные экстрапирамидные расстройства (особенно акатизию) или недостаточно хорошо устраняет негативную, когнитивную и депрессивную симптоматику шизофрении [1]. Это привело к необходимости синтезировать иные парциальные D₂-агонисты, которые удовлетворяли бы потребности столь разных подгрупп больных шизофренией. Таким новым препаратом и является представленный в данном обзоре карипразин.

Карипразин — разработка венгерской организации «Гедеон Рихтер», над которой научные сотрудники компании трудились почти 20 лет. Препарат уже пользуется значительным спросом в США, а в 14 странах Западной и Восточной Европы: Германии, Венгрии, Швейцарии, Великобритании, Чехии, Ирландии и других — введен в национальные ограничительные списки и включен к возмещению на государственном уровне [1]. На российском рынке карипразин был зарегистрирован в марте 2019 года.

Комиссия Министерства здравоохранения РФ по формированию перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи, дала положительное заключение о включении карипразина компании «Гедеон Рихтер» в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) и Перечень лекарственных препаратов для обеспечения отдельных категорий пациентов (ОНЛС). С 2020 года пациенты с шизофренией смогут получать карипразин в рамках программы государственных гарантий.

О препарате. Карипразин является производным пиперазина, который первоначально был изобретен в лабораториях компании Gedeon Richter Ltd. и затем разрабатывался и испытывался в кооперации с организациями Forest Laboratories Inc. и Mitsubishi Tanabe Pharma Corp. На ранних этапах разработки препарат имел кодовое название RGH-188, а затем был переименован в карипразин. В США он имеет торговое название Vraylar® («Врейлар»), а в Европе — Reagila® («Реагила») [32].

Химическая структура карипразина



Механизм действия. Карипразин выступает в качестве частичного агониста D2-дофаминовых рецепторов (величина K_i 0,49–0,71 нмоль/л). Кроме того, карипразин активно связывается с дофаминовыми D3-рецепторами (значение K_i 0,085–0,3 нмоль/л). Если сравнить коэффициенты сродства (K_i) к дофаминовым рецепторам, то можно прийти к выводу, что новый препарат обладает более высокой аффинностью (почти в 10 раз) к D3-, чем к D2-рецепторам, ввиду этого он предпочтительно связывается с дофаминовыми рецепторами третьего типа [2, 3, 23–25].

Это преимущественное воздействие карипразина именно на D3-, а не на D2-рецепторы в сочетании с его частичным агонизмом, а не полным антагонизмом по отношению к D3-рецептору может обуславливать положительное влияние на негативную, когнитивную и аффективную (депрессивную) симптоматику шизофрении [19, 24, 39].

Тот факт, что карипразин является слабым частичным агонистом D2- и D3-дофаминовых рецепторов, а не их полным антагонистом, обеспечивает возможность достижения при лечении его терапевтическими дозами очень высокого процента занятости упомянутых рецепторов (приближающегося к 90–100%). Это позволяет препарату добиться терапевтического успеха в ряде случаев резистентной шизофрении, при которой обеспечиваемая другими нейролептиками 60–80% степень оккупации D2-рецепторов оказывается недостаточной для реализации терапевтического эффекта. Так, уже при дозах, эквивалентных 2–3 мг/сут карипразина для человека, процент занятости D2- и D3-рецепторов у экспериментальных приматов достигает 85% [25, 33, 37].

Карипразин выделяется среди всех других неклозапиновых антипсихотических препаратов тем, что он при длительном приеме способен повышать экспрессию (вызывать апрегуляцию) D3-рецепторов в ряде областей мозга. Помимо этого, применение карипразина косвенным механизмом приводит к повышению количества и плотности, а также к увеличению фосфорилирования (а соответственно, и функциональной активности) NMDA-рецепторов, чего не наблюдается при терапии другими нейролептиками [7]. Между тем именно гипофункция NMDA-рецепторов, как принято считать на данный момент, лежит в основе патогенеза шизофрении и вторично обуславливает нарушения в деятельности дофаминергической и серотонинергической системы мозга [37].

Карипразин подавляет чрезмерную спонтанную активность мезолимбических дофаминергических нейронов (с чем связывают его антипсихотический, антибредовый, антигаллюциаторный эффекты), практически не оказывая влияния на дофаминергические нейроны нигростриарной (с чем ассоциируют низкую вероятность возникновения при терапии им экстрапирамидных расстройств) и тубероинфунди-

булярной систем (что обеспечивает низкий риск возникновения при лечении им гиперпролактинемии и связанных с ней метаболических и сексуальных нарушений) [4, 18, 35–37].

Частичный агонизм карипразина к 5-HT_{1A}-серотониновым рецепторам (K_i = 1,4–2,6 нмоль/л) приводит к повышению уровней дофамина и норадреналина в префронтальной коре, а также к увеличению уровня дофамина в нигростриарной и тубероинфундибулярной системах головного мозга. Это дополнительно снижает вероятность возникновения при терапии им экстрапирамидной симптоматики, нейролептического дефицитарного синдрома, гиперпролактинемии, сексуальных нарушений, а также способствует его антидепрессивной, анксиолитической и прокогнитивной активности [35–37].

Карипразин выступает в качестве сильного антагониста 5-HT_{2B}-, умеренного антагониста 5-HT_{2A}- и слабого антагониста 5-HT_{2C}-серотониновых рецепторов (значения K_i = 0,58–1,1 нмоль/л, 18,8 нмоль/л и 134 нмоль/л соответственно) [9, 12, 23]. Эти фармакодинамические свойства также способствуют повышению уровней дофамина и норадреналина в префронтальной коре, в нигростриарной и тубероинфундибулярной системах, и благодаря этому уменьшается риск возникновения вышеперечисленных нежелательных побочных эффектов. В свою очередь, слабый антагонизм к 5-HT_{2C}-подтипу серотониновых рецепторов снижает вероятность возникновения при лечении им метаболических нарушений (повышения аппетита, прибавки массы тела, развития сахарного диабета 2-го типа и метаболического синдрома) [9, 35–37].

Помимо всего прочего, карипразин является слабым антагонистом 5-HT₇-серотониновых рецепторов с K_i = 111 нмоль/л и слабым антагонистом альфа₁-рецепторов (величина K_i = 155 нмоль/л). Эти особенности потенциально могут придавать препарату способность положительно влиять на циркадные ритмы сна и бодрствования, а также привносить вклад в его общую антидепрессивную, анксиолитическую и прокогнитивную активность [9, 23, 35–37].

Карипразин не взаимодействует с М-холиннергическими, ГАМКергическими, бензодиазепиновыми, опиоидными или какими-либо другими рецепторами, кроме упомянутых выше, и, соответственно, не имеет ассоциированных с этим нежелательных побочных эффектов, таких как ортостатическая гипотензия, тахикардия, чрезмерная седация, обстипация, задержка мочи и др. [9, 23, 30, 31, 35–37].

Фармакокинетика. Карипразин быстро и практически полностью (общая абсорбция 95–98%) всасывается в желудочно-кишечном тракте и довольно быстро распределяется в организме после перорального приема [38]. Пиковая концентрация в плазме крови (C_{max}) достигается через 3–4 часа после приема. Время достижения C_{max} препарата не за-

висит от одновременного приема пищи или приема препарата натошак [21, 26]. Препарат обладает высокой липофильностью и хорошо проходит гематоэнцефалический барьер. Карипразин и его основные активные метаболиты выводятся преимущественно посредством печеночного метаболизма. У пациентов с шизофренией после приема карипразина в дозе 12,5 мг/сут 20,8% дозы выводилось почками в виде карипразина и его метаболитов. В неизмененном виде 1,2% дозы карипразина выводится почками, 3,7% — через кишечник [29, 38].

Новый антипсихотик обладает самым длительным среди всех представленных сегодня на рынке пероральных нейролептиков периодом полувыведения (T_{1/2}) — он составляет от 2 до 6 суток [21, 26]. У препарата есть два активных деметилированных метаболита: N-деметилкарипразин (норкарипразин) и N-дидеметилкарипразин (диноркарипразин). Оба действующих метаболита имеют еще более длительный T_{1/2}, чем родительское соединение, что существенно продлевает время до прекращения функциональной блокады D₂-рецепторов до одного месяца и более. Это дает медикаменту дополнительные преимущества при его применении у больных с пониженной комплаентностью терапии нейролептиками и отказом от пролонгированных инъекционных форм АП либо с их непереносимостью. [29, 34, 35, 38]

Рекомендуемая начальная доза карипразина составляет 1,5 мг один раз в сутки. В дальнейшем дозу медленно повышают с шагом 1,5 мг/сут до максимальной дозы 6 мг/сут.

Клинические исследования. На протяжении 10 лет было проведено около 50 клинических исследований, в которых приняли участие несколько тысяч пациентов по всему миру, чтобы оценить эффективность и профиль безопасности карипразина у пациентов с широким спектром психических заболеваний.

Эффективность в отношении шизофрении. Заявка на регистрацию препарата для лечения шизофрении подана на основании положительных результатов трех 6-недельных многоцентровых международных рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований с участием 1754 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет. Первичной конечной точкой во всех исследованиях было изменение исходной общей оценки по шкале позитивных и негативных синдромов (PANSS) через 6 недель, вторичной конечной точкой — изменение исходной оценки по шкале общего клинического впечатления о тяжести заболевания (CGI-S) через 6 недель [8].

В первом международном плацебо-контролируемом исследовании, которое проводилось с апреля 2010 года по декабрь 2011 года, рассматривалась эффективность нового нейролептика у пациентов с обострениями шизофрении в сравнении с ари-

пипразолом. Пациенты, которые соответствовали критериям DSM-IV-TR для шизофрении (617 человек), были рандомизированы на плацебо (n = 153), карипразин 3 мг/сут (n = 155), карипразин 6 мг/сут (n = 157) или арипипразол 10 мг/сут (n = 152) в течение 6 недель двойного слепого лечения. Оценка по шкале PANSS по подшкалам как продуктивной (позитивной), так и негативной симптоматики шизофрении статистически достоверно улучшилась в обеих группах карипразина. При этом уровень побочных эффектов в группах нового препарата был более низкий, чем в группе арипипразола [13].

В другом слепом 6-недельном плацебо-контролируемом сравнительном РКИ, в котором также изучали профиль эффективности и безопасности применения карипразина в краткосрочной купирующей терапии шизофрении, участвовали 732 пациента с острым шизофреническим психозом. Все они были рандомизированы в одну из пяти подгрупп: фиксированная доза карипразина — 1,5; 3; 4,5 мг/сут, плацебо или атипичный антипсихотический препарат сравнения — рисперидон (для чувствительности анализа) в дозе 4 мг/сут — в течение всех 6 недель исследования. Пациенты из всех подгрупп активного лечения продемонстрировали статистически достоверное улучшение по сравнению с плацебо. При этом карипразин оказался сопоставим с рисперидоном по общей эффективности, но ассоциировался с более низким уровнем побочных эффектов (в частности, экстрапирамидных расстройств, гиперпролактинемии и акатизии) и меньшим уровнем отказов от продолжения лечения по сравнению с рисперидоном [16].

В третьем двойном слепом 6-недельном плацебо-контролируемом РКИ (2015 год) по оценке эффективности и безопасности карипразина при краткосрочной купирующей терапии шизофрении приняли участие 446 пациентов с острыми шизофреническими психозами. Все они были случайным образом разделены на 3 подгруппы: карипразин 3–6 мг/сут (151 человек), карипразин 6–9 мг/сут (148 человек) либо плацебо (147 человек). В обеих группах активного лечения, в которых больные получали карипразин, было достигнуто статистически достоверное улучшение по сравнению с плацебо по подшкалам продуктивной и негативной симптоматики PANSS [20].

Эффективность карипразина в лечении шизофрении с преобладанием негативной симптоматики изучалась в 26-недельном многоцентровом двойном слепом плацебо-контролируемом клиническом исследовании. В этом РКИ принимали участие взрослые в возрасте 18–65 лет (86% пациентов были моложе 55 лет, 54% из них были мужского пола) с длительной (более двух лет) стабильной шизофренией и преобладающими негативными симптомами (более шести месяцев, низкий уровень позитивных

симптомов) в 66 учебных центрах в 11 европейских странах. Было обследовано 533 пациента, и 461 (86%) из них был рандомизирован для лечения: 230 пациентов получали карипразин (диапазон доз 3–6 мг, целевая доза 4,5 мг) и 231 — рisperидон (диапазон доз 3–6 мг, целевая доза 4 мг). Пациентов с вторичной негативной симптоматикой, например, с симптомами умеренной или тяжелой депрессии и клинически выраженным паркинсонизмом, исключали из исследования. По итогам исследования у участников и в группе карипразина, и в группе рisperидона отмечалось статистически достоверное улучшение исходной величины первичной конечной точки эффективности — оценки фактора негативных симптомов по шкале PANSS (PANSS-FSNS), а также улучшение исходной величины вторичной конечной точки эффективности — общей оценки по шкале личностного и социального функционирования (PSP). Тем не менее начиная с 14-й недели наблюдались статистически достоверные различия в пользу карипразина по сравнению с рisperидоном [28, 40].

Результаты одного из первых многоцентровых двойных слепых плацебо-контролируемых РКИ, посвященных изучению эффективности, безопасности и переносимости карипразина при долгосрочной поддерживающей (противорецидивной) терапии шизофрении у взрослых, были опубликованы в 2016 году. Общая продолжительность исследования — 97 недель. В предварительной открытой фазе исследования все участники были стабилизированы на карипразине (3–9 мг/сут) в течение 20 недель с подбором гибкой дозы в первые 8 недель и последующей стабилизацией в течение 12 недель. В общей сложности 264/765 пациентов завершили открытое лечение (то есть достигли стабилизации). Затем 200 стабильных пациентов, которые завершили открытое лечение, были рандомизированы для дальнейшего получения либо карипразина в ранее подобранной дозе (от 3 до 9 мг/сут — 101 человек), либо плацебо (99 человек) на срок до 72 недель. Основным параметром эффективности было время рецидива (ухудшение показателей симптомов, психиатрическая госпитализация, агрессивное/насильственное поведение или риск суицида); были предприняты клинические меры для обеспечения безопасности в случае надвигающегося рецидива. Фактически было продемонстрировано, что время до наступления рецидива оказалось значительно дольше в подгруппе карипразина, чем в подгруппе плацебо. Рецидив за время наблюдения (72 недели) случился у 24,8% пациентов, получавших новый нейрорепт, и у 47,5% получавших плацебо. Таким образом, лечение карипразином более чем в два раза снижало вероятность рецидива заболевания за время наблюдения [14].

Эффективность в отношении БАР. Основанием для заявки на регистрацию препарата в качестве

лекарственного средства для терапии маниакальных и депрессивных состояний, ассоциированных с биполярными нарушениями I типа, стали положительные результаты трех клинических плацебо-контролируемых исследований с участием более 1000 пациентов.

Эффективность в отношении маниакального эпизода БАР. В III фазе многоцентрового двойного слепого контролируемого исследования (RGH-MD-32), которое длилось с января 2010 года по сентябрь 2011 года, с параллельными группами оценивались эффективность, безопасность и переносимость монотерапии карипразином у больных с манией в острой фазе. РКИ длилось 5 недель. В нем принимало участие 312 пациентов обоих полов в возрасте 18–65 лет, состояние которых соответствовало критериям по биполярным расстройствам, указанным в «Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам» (4-е издание). Участники исследования получали или карипразин в дозе 3–12 мг/сут ($n = 158$), или плацебо ($n = 154$).

Запротоколированной первичной конечной точкой было изменение оценки по YMRS (Young Mania Rating Scale) через 3 недели терапии по сравнению с исходной, оцененное с применением анализа модели смешанных эффектов для повторных измерений (МСЭПИ). Шкала YMRS включает оценку следующих параметров: приподнятое настроение, повышенная двигательная активность, сон и возбудимость. По результатам исследования (по данным YMRS, изученным с помощью анализа МСЭПИ) статистически достоверного улучшения удалось добиться у пациентов, получавших лечение карипразином (3–12 мг/сут), по сравнению с лицами, принимавшими плацебо (–19,6 против 15,3 балла соответственно) [10, 22].

Директор отдела исследований компании Gedeon Richter Plc. доктор медицинских наук Zsolt Szombathelyi так прокомментировал полученные данные: «Положительные результаты III фазы исследования многообещающи. Наряду с данными II фазы они дают основание утверждать, что применение карипразина способствует достижению значительного клинического улучшения у больных с манией в острой фазе и биполярным расстройством. При этом препарат отличается хорошим профилем переносимости. Кроме того, можно с уверенностью сделать вывод о том, что сотрудниками исследовательского отдела компании Gedeon Richter Plc. был выбран правильный и перспективный подход в лечении данного расстройства — применение частичных агонистов D2/D3-рецепторов».

С января 2010 по декабрь 2011 года проводилась третья фаза мультицентрового двойного слепого плацебо-контролируемого параллельно-группового исследования (RGH-MD-33), в котором также изучали эффективность и безопасность монотерапии ка-

рипразином у пациентов с острой манией, связанной с биполярным расстройством I типа. В рамках 5-недельного исследования 497 пациентов в возрасте 18–65 лет, которые соответствовали DSM-4 критериям биполярного расстройства I типа, были случайным образом распределены на три группы для получения карипразина в дозе 3–6 мг/сут ($n = 167$), карипразина в дозе 6–12 мг/сут ($n = 169$) или плацебо ($n = 161$). Запротоколированной первичной конечной точкой также было изменение оценки по YMRS (исходная по сравнению с полученной на 3-й неделе), при этом использовали модель смешанных эффектов для многократных измерений (MMRM). 74 % пациентов завершили исследование. Статистически значимые улучшения наблюдали на фоне терапии карипразином в обоих изучаемых режимах дозирования (3–6 мг/день: –6,1 балла и 6–12 мг/день: –5,9 балла) по сравнению с пациентами, получавшими плацебо (баллы по YMRS с использованием MMRM). Новый нейрорептик, как правило, хорошо переносился, хотя частота развития акатизии была выше у карипразина, чем у плацебо [5, 6, 22].

Эффективность в отношении депрессивных эпизодов БАР. С 31 марта 2016 года по 18 января 2018 года проводилась III фаза клинического исследования карипразина (RGH-MD-53) для лечения взрослых пациентов с тяжелыми депрессивными эпизодами, связанными с биполярным расстройством I типа. В исследовании приняло участие 493 пациента с биполярной депрессией I типа, рандомизированных на 3 группы: в двух из них участники получали карипразин в дозе 1,5 и 3 мг, в третьей — плацебо. У участников исследования, принимавших карипразин в дозе 1,5 мг, к 6-й неделе терапии удалось добиться статистически достоверного улучшения состояния по шкале оценки депрессии Монтгомери — Асберга (первичная конечная точка), а также по шкале общего клинического впечатления тяжести состояния (вторичная конечная точка) по сравнению с участниками из группы, принимавшей плацебо. Прием карипразина в дозе 3 мг также позволил достичь первичных и ключевых вторичных конечных точек по сравнению с приемом плацебо, однако эти изменения не были статистически достоверными [41, 42].

Лечение эпизодов депрессии при биполярном расстройстве I типа может быть крайне затруднено, учитывая нехватку методов контроля симптомов биполярного расстройства I типа. Кроме того, число препаратов, способных помочь в лечении всех проявлений биполярного расстройства, от мании до депрессии, также весьма ограничено. Полученные данные вселяют новую надежду как в самих пациентов, так и во все мировое сообщество психиатров, поскольку они демонстрируют потенциал карипразина в лечении этого психического заболевания (Gary Sachs).

Исследования профиля безопасности и переносимости. В исследовании RGH-MD-17, имевшем открытый дизайн, рассматривали долгосрочную безопасность и переносимость карипразина при поддерживающей противорецидивной терапии шизофрении у взрослых. В данном исследовании приняли участие 93 человека. Примерно 50 % (46/93) пациентов завершили 48 недель открытого лечения. Наиболее частыми зарегистрированными в данном исследовании ПЭ карипразина были акатизия (у 14 % пациентов), бессонница (14 %), незначительное увеличение массы тела (12 %). Средние изменения метаболических параметров, как правило, были небольшими и не имели клинического значения. Средняя масса тела увеличилась на 1,9 кг с начала исследования. Не было прекращений, связанных с изменением метаболических параметров или массы тела. Длительное лечение карипразином не было связано с повышением уровня пролактина или клинически значимыми изменениями сердечно-сосудистых параметров. Авторы работы сделали вывод, что длительное поддерживающее лечение карипразином шизофрении в дозах от 1,5 до 4,5 мг/сут является безопасным по крайней мере в течение 48 недель, эффективно и хорошо переносится и не ассоциируется с возникновением каких-либо новых побочных эффектов или проблем безопасности при длительной терапии по сравнению с теми, которые уже были известны из краткосрочных исследований карипразина в острой фазе шизофрении [15].

В другом РКИ, также с открытым дизайном и посвященном изучению безопасности и эффективности карипразина при длительной поддерживающей терапии шизофрении у взрослых, приняли участие 586 человек (RGH-MD-11). Карипразин назначался в гибких дозах от 3 до 9 мг/сут. Подбор дозировки и оценка безопасности и уровня ПЭ проводились в первые 4 недели. Затем пациенты получали подобранную дозу препарата в течение еще 48 недель. Наиболее частыми зарегистрированными в этом исследовании побочными эффектами были: акатизия (16 %), головная боль (13 %), бессонница (13 %), незначительное увеличение массы тела (10 %). При этом уровень отказов от лечения из-за выраженных побочных эффектов был низким: по этой причине прекратили лечение лишь 73 (12,5 % от общего числа) пациента. Объективно расценены как серьезные ПЭ лишь у 59 (10,1 %) человек. Средние изменения метаболических, печеночных и сердечно-сосудистых параметров не считались клинически значимыми. Средняя масса тела увеличилась на 1,5 кг в течение исследования, уровни пролактина немного снизились, а показатели эффективности оставались стабильными. Авторы данного исследования сделали вывод, что долгосрочная поддерживающая терапия шизофрении карипразином в дозировках до 9 мг/сут эффективна, безопасна и хорошо переносится больными [11].

Объединив результаты двух двойных слепых 48-недельных РКИ с общим числом участников 679 (RHG-MD-11 и RGH-MD-17), вышел метаанализ, в котором, помимо вышеперечисленных ПЭ, были рассмотрены и другие побочные эффекты. Так, например, в течение 20 недель приема карипразина у 9,0% пациентов развилось потенциально клинически значимое увеличение массы тела (то есть увеличение не менее чем на 7%), тогда как в двойной слепой фазе потенциально клинически значимое увеличение массы тела наблюдалось у 9,8% пациентов, продолживших прием карипразина, в сравнении с 7,1% пациентов, рандомизированных в группу плацебо после 20 недель приема карипразина в открытом режиме. А у 3 пациентов (0,4%) была зарегистрирована длительность интервала QT с коррективкой Базетта (QTcB) более 500 мс. У одного из этих пациентов также отмечалась длительность интервала QT с коррективкой Фридеричия (QTcF) более 500 мс. Удлинение исходного интервала QTcB более чем на 60 мс наблюдалось у 7 пациентов (1%), а QTcF — у 2 пациентов (0,3%). Детально изучив полученные результаты исследования, авторы метаанализа сделали также вывод, что длительное поддерживающее противорецидивное лечение карипразином при шизофрении в рекомендованном FDA диапазоне терапевтических доз (1,5–6 мг/сут) эффективно, безопасно и достаточно хорошо переносится пациентами [27]. В клинических исследованиях карипразина частота повышения активности АЛТ, АСТ составила 2,2% у пациентов, принимавших карипразин, 1,6% — у пациентов, получавших рisperидон, и 0,4% — у пациентов, принимавших плацебо. При применении карипразина поражения печени не отмечалось. Он не блокирует и не индуцирует изоферменты цитохрома P450 печени и имеет низкий риск межлекарственных взаимодействий [32].

Данные по применению карипразина у беременных женщин отсутствуют или их недостаточно. В доклинических исследованиях на животных выявлена репродуктивная токсичность, включая пороки развития у крыс.

Неизвестно, проникают ли карипразин и его основные активные метаболиты в грудное молоко. Карипразин и его метаболиты проникают в молоко крыс во время лактации. Нельзя исключить риск для новорожденных/младенцев.

Литература

1. Быков Ю. В., Беккер Р. А., Морозов П. В. Эффективность карипразина в лечении шизофрении, особенно с преобладанием негативной симптоматики // Психиатрия и психофармакотерапия. 2018. № 5. С. 27–37.
2. Морозов П. В., Медведев В. Э. Карипразин — новый антипсихотик для лечения эндогенных психических расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. 2014. Т. 16, № 1. С. 9–14.
3. Шмуклер А. Б. Карипразин — антипсихотик с новыми уникальными потенциальными возможностями для лечения шизофрении и аффективных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 2. С. 72–75.
4. Caccia S., Invernizzi R. W., Nobili A. et al. A new generation of antipsychotics: pharmacology and clinical utility of cariprazine in schizophrenia // Therapeutics and Clinical Risk Management. 2013. Vol. 9. P. 319–328.
5. Calabrese J. R., Keck P. E. Jr., Starace A. et al. Efficacy and safety of low-and high-dose cariprazine in acute and mixed

Влияние карипразина на фертильность человека не изучалось. В доклинических исследованиях у самок крыс было отмечено снижение фертильности и способности к зачатию.

Выводы:

1. Карипразин обладает широким спектром действия (как на продуктивную, так и негативную симптоматику при шизофрении, а также на когнитивную и аффективную симптоматику; при биполярном расстройстве как на маниакальную, так и на депрессивную фазы).

2. Отмечена лучшая переносимость нейролептической терапии новым препаратом в связи с меньшим количеством побочных эффектов.

3. Новый нейролептик повышает комплаентность (приверженность пациента терапии) за счет:

- удобства приема препарата — карипразин принимается внутрь один раз в сутки в одно и то же время вне зависимости от приема пищи;

- фармакокинетических свойств препарата — карипразин обладает самым длительным периодом полувыведения по сравнению с другими пероральными антипсихотиками. Это позволяет максимально сохранить действие препарата у пациентов, которые в силу забывчивости или недостаточной критики к своему состоянию иногда нарушают схему приема препарата.

4. Затраты для пациентов и их семей более низкие, так как медикамент с 2020 года включен в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП).

Данный препарат призван принципиально изменить существующие подходы к лечению психических расстройств, таким образом дав возможность большому числу ранее на длительные сроки или пожизненно институционализированных пациентов жить вне стен специализированных учреждений, заново адаптироваться в обществе и даже вернуться к работе или иной общественно полезной деятельности. Однако, судя по имеющимся в доступной литературе данным, отсутствует достаточный опыт его использования для лечения психических заболеваний. По-видимому, детальное изучение терапевтического профиля карипразина и широкое использование препарата в практике представляют собой одну из ближайших задач с хорошей перспективой положительного результата.

mania associated with bipolar I disorder: a double-blind, placebo-controlled study // *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2014. Vol. 76, № 3. P. 284–292.

6. Calabrese J. R., Keck P. E. Jr., Starace A. et al. Efficacy and safety of low-and high-dose cariprazine in acute and mixed mania associated with bipolar I disorder: a double-blind, placebo-controlled study // *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2014. Vol. 76, № 3. P. 284–292.

7. Choi Y. K., Adham N., Kiss B. et al. Long-term effects of cariprazine exposure on dopamine receptor subtypes // *CNS Spectrums*. 2014. Vol. 19, № 3. P. 268–277.

8. Citrome L., Durgam S., Lu K. et al. The effect of cariprazine on hostility associated with schizophrenia: post hoc analyses from 3 randomized controlled trials // *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2016. Vol. 77, № 1. P. 109–115.

9. Citrome L. Cariprazine: chemistry, pharmacodynamics, pharmacokinetics, and metabolism, clinical efficacy, safety, and tolerability // *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*. 2013. Vol. 9, № 2. P. 193–206.

10. Citrome L. Cariprazine in bipolar disorder: clinical efficacy, tolerability, and place in therapy // *Advances in Therapy*. 2013. Vol. 30, № 2. C. 102–113.

11. Cutler A. J., Durgam S., Wang Y. et al. Evaluation of the long-term safety and tolerability of cariprazine in patients with schizophrenia: results from a 1-year open-label study // *CNS Spectrums*. 2018. Vol. 23, № 1. P. 39–50.

12. De P. D. Cariprazine: New dopamine biased agonist for neuropsychiatric disorders // *Drugs of Today (Barcelona, Spain: 1998)*. 2016. Vol. 52, № 2. P. 97–110.

13. Durgam S., Cutler A. J., Lu K. et al. Cariprazine in acute exacerbation of schizophrenia: a fixed-dose, phase 3, randomized, double-blind, placebo-and active-controlled trial // *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2015. Vol. 76, № 12. P. e1574–e1582.

14. Durgam S., Earley W., Li R. et al. Long-term cariprazine treatment for the prevention of relapse in patients with schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *Schizophrenia Research*. 2016. Vol. 176, № 2–3. P. 264–271.

15. Durgam S., Greenberg W. M., Li D. et al. Safety and tolerability of cariprazine in the long-term treatment of schizophrenia: results from a 48-week, single-arm, open-label extension study // *Psychopharmacology*. 2017. Vol. 234, № 2. P. 199–209.

16. Durgam S., Starace A., Li D. et al. An evaluation of the safety and efficacy of cariprazine in patients with acute exacerbation of schizophrenia: a phase II, randomized clinical trial // *Schizophrenia Research*. 2014. Vol. 152, № 2–3. P. 450–457.

17. Earley W., Durgam S., Lu K. et al. Safety and tolerability of cariprazine in patients with acute exacerbation of schizophrenia: a pooled analysis of four phase II/III randomized, double-blind, placebo-controlled studies // *International Clinical Psychopharmacology*. 2017. Vol. 32, № 6. P. 319–328.

18. Gyertyán I., Kiss B., Sághy K. et al. Cariprazine (RGH-188), a potent D3/D2 dopamine receptor partial agonist, binds to dopamine D3 receptors in vivo and shows antipsychotic-like and procognitive effects in rodents // *Neurochemistry International*. 2011. Vol. 59, № 6. P. 925–935.

19. Joyce J. N., Millan M. J. Dopamine D3 receptor antagonists as therapeutic agents // *Drug Discovery Today*. 2005. Vol. 10, № 13. P. 917–925.

20. Kane J. M., Zukin S., Wang Y. et al. Efficacy and safety of cariprazine in acute exacerbation of schizophrenia: results from an international, phase III clinical trial // *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2015. Vol. 35, № 4. P. 367–373.

21. Kapás M., Pásztor Mészáros G., Yu B. et al. P.3.c.051 Comparison of the pharmacokinetic behaviour of RGH-188 in schizophrenic patients and healthy volunteers // *European Neuropsychopharmacology*. 2008. Vol. 18, suppl. 4. P. S433.

22. Keck P. E., Zukin S., Lu K. Efficacy of cariprazine on YMRS single items: a pooled analysis of 3 randomized double-blind, placebo-controlled trials in bipolar mania // *Proceedings of the 29th CINP World College of Neuropsychopharmacology*, Vancouver, British Columbia, Canada. 2014.

23. Kiss B., Horváth A., Némethy Z. et al. Cariprazine (RGH-188), a dopamine D(3) receptor-preferring, D(3)/D(2) dopamine receptor antagonist-partial agonist antipsychotic candidate: in vitro and neurochemical profile // *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*. 2010. Vol. 333, № 1. P. 328–340.

24. Kiss B., Laszlovszky I., Horváth A. et al. Subnanomolar dopamine D3 receptor antagonism coupled to moderate D2 affinity results in favourable antipsychotic-like activity in rodent models: I. neurochemical characterisation of RG-15 // *Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology*. 2008. Vol. 378, № 5. P. 515–528.

25. Laszlovszky I. et al. Dopamine D2/D3 receptor occupancy of RGH-188, a D3/D2 antagonist/partial agonist antipsychotic, in healthy volunteers // *European Neuropsychopharmacology*. 2007. Vol. 17 (Suppl. 4). P. 455.

26. Mészáros G. P. et al. Pharmacokinetics of RGH-188, a new dopamine D3/D2 antagonist/partial agonist atypical antipsychotic, in healthy subjects // *European Neuropsychopharmacology*. 2007. № 17. P. S451–S452.

27. Nasrallah H. A., Earley W., Cutler A. J. et al. The safety and tolerability of cariprazine in long-term treatment of schizophrenia: a post hoc pooled analysis // *BMC Psychiatry*. 2017. Vol. 17, № 1. P. 305.

28. Németh G., Laszlovszky I., Czobor P. et al. Cariprazine versus risperidone monotherapy for treatment of predominant negative symptoms in patients with schizophrenia: a randomised, double-blind, controlled trial // *The Lancet*. 2017. Vol. 389, № 10074. P. 1103–1113.

29. Pásztor Mészáros G., Agai-Csongor E., Kapás M. Sensitive LC-MS/MS methods for the quantification of RGH-188 and its active metabolites, desmethyl- and didesmethyl-RGH-188 in human plasma and urine // *Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis*. 2008. Vol. 48, № 2. P. 388–397.

30. Reynolds G. P. Histamine and antipsychotic drug-induced weight gain // *Journal of Psychopharmacology*. 2012. Vol. 26, № 12. P. 1608.

31. Richelson E. New antipsychotic drugs: how do their receptor-binding profiles compare? // *Journal of Clinical Psychiatry*. 2010. Vol. 71, № 9. P. 1243–1244.

32. Roberts R. J., Findlay L. J., El-Mallakh P. L. et al. Update on schizophrenia and bipolar disorder: focus on cariprazine // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016. Vol. 12. P. 1837–1842.
33. Seneca N., Finnema S. J., Laszlovszky I. et al. Occupancy of dopamine D₂ and D₃ and serotonin 5-HT_{1A} receptors by the novel antipsychotic drug candidate, cariprazine (RGH-188), in monkey brain measured using positron emission tomography // *Psychopharmacology*. 2011. Vol. 218, № 3. P. 579–587.
34. Stahl S. M. Case studies: Stahl's essential psychopharmacology. Cambridge University Press, 2011.
35. Stahl S. M. Case Studies: Stahl's Essential Psychopharmacology: Volume 2. Cambridge University Press. 1st ed. 2017.
36. Stahl S. M. Prescriber's Guide: Stahl's Essential Psychopharmacology. Cambridge University Press. 6th ed. 2016.
37. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. Cambridge University Press. 4th ed. 2013.
38. Werner F. M., Coveñas R. New developments in the management of schizophrenia and bipolar disorder: potential use of cariprazine // *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2015. Vol. 11. P. 1657.
39. Zimnisky R.6 Chang G., Gyertyán I. et al. Cariprazine, a dopamine D(3)-receptor-preferring partial agonist, blocks phencyclidine-induced impairments of working memory, attention set-shifting, and recognition memory in the mouse // *Psychopharmacology*. 2013. Vol. 226, № 1. P. 91–100.
40. Fleischhacker W., Galderisi S., Laszlovszky I. et al. The efficacy of cariprazine in negative symptoms of schizophrenia: Post hoc analyses of PANSS individual items and PANSS-derived factors // *European Psychiatry*. 2019. Vol. 58. P. 1–9.
41. Sachs G. Results from three pivotal trials support Vraylar for bipolar I depression [Internet] // *Psychiatric Annals*. Vol. 45. URL: <https://www.healio.com/psychiatry/bipolar-disorder/news/online/%7B6c9e12a4-e17f-4846-b046-6a5731309eee%7D/results-from-three-pivotal-trials-support-vraylar-for-bipolar-i-depression> (дата обращения: 11.02.2020).
42. Allergan, Richter Report Positive Topline Results From Third Cariprazine Trial [Internet]. URL: <https://markets.businessinsider.com/news/stocks/allergan-richter-report-positive-topline-results-from-third-cariprazine-trial-1020342427> (дата обращения: 11.02.2020).

Сведения об авторах

Семенова Екатерина Михайловна, студентка 5-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64; тел. +7 351 232-73-69, e-mail: ekaterina.sem1197@mail.ru

Малинина Елена Викторовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

E-mail: malinina.e@rambler.ru

В помощь авторам статей

Оформление

Название статьи должно быть компактным не в ущерб информативности.

Кроме названия, в *шапке статьи* (см. ниже) надо указать Ф. И. О. авторов, их должности, ученые степени, а также полные наименования и местоположение учреждений, которые авторы представляют.

Шапка, аннотация и список ключевых слов к статье предоставляются на русском и английском языках. Не советуем полагаться на сервисы автоматического перевода. Аутентичные термины и обороты вы сможете почерпнуть из англоязычных источников по тематике вашего исследования.

Если вы используете сокращения, не являющиеся общеупотребительными и интуитивно понятными, обязательно расшифруйте их при первом использовании в тексте статьи.

Список литературы составляется в соответствии с действующим стандартом библиографических списков. При его подготовке, а также при составлении перечня ключевых слов и определении УДК статьи вам помогут работники библиотеки.

Перед отправкой материалов в редакцию не забудьте воспользоваться сервисом проверки правописания, который имеется в каждом современном текстовом редакторе. Для получения подсказки, как включить этот сервис на вашем рабочем месте, обычно достаточно клавиши F1.

Комплектация пакета документов к отсылке в редакцию

Статьи и все необходимые материалы к ним готовятся в электронном виде и присоединяются к письму, отсылаемому в редакцию на адрес rgmedes@chelsma.ru. В соответствующий пакет документов обязательно входят два текстовых файла (пожалуйста, убедитесь, что вы сохранили их в формате DOC, а не DOCX).

1. Файл статьи, включая:

		Язык	Объем
Шапка	УДК	Код	По факту
	Название статьи	Русск.	По факту
		Англ.	
	Ф. И. О., должности и ученые степени авторов; полные наименования и местоположение учреждений, которые они представляют	Русск.	По факту
		Англ.	
	Аннотация (англ. Abstract)	Русск.	≈ 1000 знаков
		Англ.	≈ 1000 знаков
	Ключевые слова (англ. Keywords)	Русск.	≤ 5 слов
		Англ.	≤ 5 слов
	Текст статьи	Русск.	≈ 4–5 машинописных листов, или 12–15 тыс. знаков
	Библиография	На языке источников	

2. Отдельный файл-справка об авторах, включая:

Данные	Язык	Требования
Ф. И. О. (полностью)	Русск.	Указывается для каждого автора
Должность		
Место работы		
Электронная почта		
Полная контактная информация (включая адрес и телефон)		По первому автору

Рекомендации по объему основного текста статьи, включая библиографию, приблизительные. Для своего удобства при подсчете листажа вы можете ориентироваться на следующий набор параметров: Times New Roman 12 pt, интервал между строками — единица, между абзацами — «Авто» или 0. Впрочем, не будет большой беды, если шрифт окажется Arial: в данном случае содержание гораздо важнее формы.

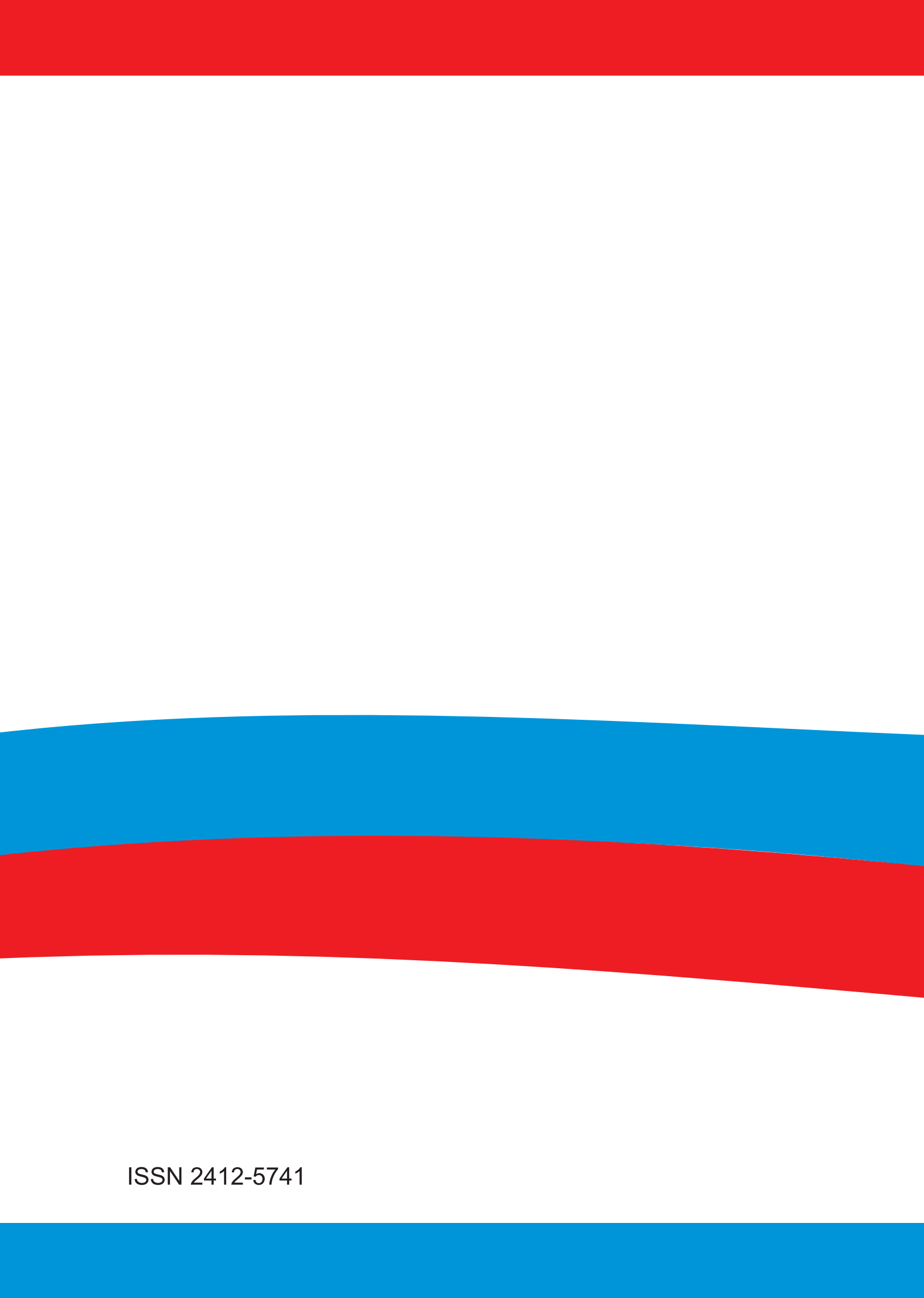
3. Файлы таблиц, графиков, изображений и других иллюстраций к статье.

Все **таблицы и графики**, подготовленные в Excel и других приложениях Microsoft Office, должны быть включены в отсылаемый пакет документов **наряду** с файлом статьи.

Соответственно, вам не обязательно владеть передовой техникой их «внедрения» (англ. embedding) в документы Word. Достаточно вписать рядом с заголовком иллюстрации (табл.1, рис. 2 и т. п.) название соответствующей закладки (англ. sheet) или графика (англ. chart) в высланном вами файле Excel.

Поскольку цвета при черно-белой печати передаются полутонами серого, обязательно проверьте, как выглядят и насколько читаемы и различимы ваши графики, схемы и фотографии в печатном варианте.

Изображения, добавленные в статью (фотографии, сканы, скриншоты и пр.), также присоединяются к письму в виде **отдельных файлов** соответствующих форматов (BMP, PNG, JPG, GIF).



ISSN 2412-5741