



## УЧРЕДИТЕЛИ

ООО «Эко-Вектор» (Санкт-Петербург)  
ФГБОУ ВО «Казанский  
государственный медицинский  
университет» Минздрава России  
(Казань)

## ИЗДАТЕЛЬ

ООО «Эко-Вектор»  
Адрес: 191186, г. Санкт-Петербург,  
Аптекарский переулок, д. 3, литера А,  
помещение 1Н  
E-mail: info@eco-vector.com  
WEB: https://eco-vector.com

## РЕДАКЦИЯ

Адрес: 420012, Казань,  
ул. Бутлерова, 49.  
Тел. (843) 236-04-01,  
e-mail: neurovestnik@mail.ru  
WEB: http://journals.eco-vector.com/1027-4898

Зарегистрирован в Федеральной службе  
по надзору в сфере связи,  
информационных технологий и  
массовых коммуникаций, свидетельство  
ПИ №ФС 77-75562 от 12.04.2019.

## ПОДПИСКА

### на печатную версию:

Объединённый каталог  
«Пресса России»  
https://www.pressa-rf.ru  
Подписной индекс  
78698 — на полугодие  
81566 — на год

### на электронную версию:

https://journals.eco-vector.com  
eLibrary.ru.

## ИНДЕКСАЦИЯ

- Google Scholar
- Ulrich's Periodicals directory
- РИНЦ

## ОРИГИНАЛ-МАКЕТ

Литературный редактор *И.В. Кислицына*  
Перевод на англ. язык *В.Н. Коноваловой*  
Перевод на тат. язык *Л.И. Фидаевой*  
Верстка *М.Г. Гизатуллиной*

Сдано в печать \_\_\_\_\_.2023  
Дата выхода в свет \_\_\_\_\_.2023  
Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>8</sub>. Бумага офсетная.  
Гарнитура Times New Roman  
Усл. печ. л. \_\_\_\_\_  
Тираж \_\_\_\_\_ экз.  
Заказ \_\_\_\_\_

Отдел оперативной полиграфии  
ГАУ «РМБИЦ».  
Адрес типографии:  
420059, Казань, ул. Хади Такташа, 125.  
Свободная цена.

© ООО «Эко-Вектор»  
© ФГБОУ ВО «Казанский государственный  
медицинский университет» Минздрава России

## На обложке:

портрет невропатолога и психиатра  
В.М. Бехтерева.  
1913, Илья Ефимович Репин (1844–1930)

ISSN 1027-4898 (Print)  
ISSN 2304-3067 (Online)

# НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК

ЖУРНАЛ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА

Основан в 1893 г. профессором В.М. Бехтеревым.  
Возглавлялся соредакторами: проф. И.М. Поповым (1894–1903),  
проф. Н.А. Миславским (1903–1905), проф. В.П. Осиповым (1906–1918).  
В 1993 г. журнал возрождён проф. М.Ф. Исмагиловым (1936–2020)

## Том LV, выпуск 2, 2023

Ежеквартальный медицинский рецензируемый научный журнал  
по неврологии, психиатрии и нейронаукам  
Рекомендован ВАК

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

**Владимир Давыдович Менделевич**, д.м.н., профессор (Казань, Россия)  
ORCID: 0000-0002-8476-6083

## ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

- Энвер Ибрагимович Богданов**, д.м.н., профессор (Казань, Россия)  
ORCID: 0000-0001-9332-8053  
**Эдуард Закирзянович Якупов**, д.м.н., профессор (Казань, Россия)  
ORCID: 0000-0003-2965-1424  
**Каусар Камилевич Яхин**, д.м.н., профессор (Казань, Россия)  
ORCID: 0000-0001-5958-5355

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

**Н.А. Бохан**, д.м.н., профессор, академик РАН (Томск, Россия)  
**Ф.Ф. Гатин**, д.м.н., профессор (Казань, Россия)  
**В.И. Данилов**, д.м.н., профессор (Казань, Россия)  
**А.Ю. Егоров**, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург, Россия)  
**А.М. Карпов**, д.м.н., профессор (Казань, Россия)  
**Е.М. Крупицкий**, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург, Россия)  
**Н.Н. Петрова**, д.м.н., профессор (Санкт-Петербург, Россия)  
**Ю.П. Сиволап**, д.м.н., профессор (Москва, Россия)  
**Д.А. Смирнова**, к.м.н., доцент (Самара, Россия)  
**А.Г. Соловьёв**, д.м.н., профессор (Архангельск, Россия)  
**Ф.А. Хабиров**, д.м.н., профессор (Казань, Россия)  
**Д.Р. Хасанова**, д.м.н., профессор (Казань, Россия)

## МЕЖДУНАРОДНАЯ РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

**Hans-Jorg Assion**, доктор медицины, профессор (Дортмунд, Германия)  
**Gabriele Fischer**, доктор медицины, профессор (Вена, Австрия)  
**Icro Maremmani**, доктор медицины, профессор (Пиза, Италия)  
**George Woody**, профессор (Пенсильвания, США)  
**Jozef Zislin**, доктор медицины (Иерусалим, Израиль)  
**Eka Chkonia**, доктор медицины, профессор (Тбилиси, Грузия)  
**Sergii Dvoriak**, доктор медицины, профессор (Киев, Украина)  
**Emilis Subata**, доктор медицины, профессор (Вильнюс, Литва)  
**Sabrina Ravaglia**, доктор медицины (Павия, Италия)  
**Boguslaw Habrat**, доктор медицины, профессор (Варшава, Польша)  
**John D. Heiss**, доктор медицины, профессор (Бетесда, Мэриленд, США)  
**Avinash De Sousa**, доктор медицины, профессор (Мумбаи, Индия)  
**Fountoulakis Konstantinos**, доктор медицины, профессор (Салоники, Греция)  
**Paul Cumming**, доктор наук, профессор (Берн, Швейцария)  
**Florence Thibaut**, доктор медицины, профессор (Париж, Франция)  
**Xenia Gonda**, доктор медицины, ассистент профессора (Будапешт, Венгрия)

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в настоящем издании,  
допускается только с письменного разрешения редакции, ссылка на журнал обязательна.

**FOUNDERS**

“Eco-Vector” LLC (Saint-Petersburg)  
Kazan state medical university (Kazan)

**PUBLISHER****Eco-Vector**

Address: 3 liter A, 1H, Aptekarsky pereulok,  
191186, Saint-Petersburg, Russia  
E-mail: [info@eco-vector.com](mailto:info@eco-vector.com)  
WEB: <https://eco-vector.com>

**EDITORIAL OFFICE**

Address: 49, Butlerov str., 420012,  
Kazan, Tatarstan, Russia.  
Tel. (843) 236-04-01  
E-mail: [neurovestnik@mail.ru](mailto:neurovestnik@mail.ru)  
WEB: <http://journals.eco-vector.com/1027-4898>

Registered print media, registration number  
PI No. FS 77-75562 on 2019 April 12,  
issued by the Russian Federal Service  
for Supervision of Communications,  
Information Technology and Mass Media

**SUBSCRIPTION****to the printed version:**

United catalog “Press of Russia”  
<https://www.pressa-rf.ru>  
Subscription index  
78698 — half-year  
81566 — for a year

**to the electronic version:**

<https://journals.eco-vector.com>  
e.library

**INDEXATION**

- Google Scholar
- Ulrich’s Periodicals Directory
- RSCI (Russian Science Citation Index)

**LAYOUT ORIGINAL**

Literary editor *I.V. Kisilitsina*  
Translation in English *V.N. Konovalova*  
Translation in Tatar *L.I. Fidayeva*  
Layout editor *M.G. Gizatullina*

Submitted for publication \_\_\_\_\_.2023

Release date \_\_\_\_\_.2023

Format 60×84<sup>1</sup>/<sub>8</sub> Offset paper.

Garniture Times New Roman.

Conv. printed sheets \_\_\_\_\_

Print run \_\_\_\_\_ copies

Order \_\_\_\_\_

Department of quick printing

GAU “RMBIC”.

Address of typography:

420059, Kazan, Khadi Taktash str., 125.

Open price

© LLC “Eco-Vector”

© Kazan State Medical University of Health  
Ministry of Russia

**On the cover:**

Portrait of neurologist and psychiatrist  
V.M. Bekhterev, painted by Ilya E. Repin in 1913  
(1844–1930)

ISSN 1027-4898 (Print)  
ISSN 2304-3067 (Online)

# NEUROLOGY BULLETIN

NAMED AFTER V.M. BEKHTEREV

Had been founded in 1893 by Professor V.M. Bekhterev.  
It was headed by co-editors: prof. I.M. Popov (1894–1903),  
prof. N.A. Mislavsky (1903–1905), prof. V.P. Osipov (1906–1918).  
In 1993 it was renewed by prof. M.F. Ismagilov (1936–2020)

## Volume LV, issue 2, 2023

Medical peer-reviewed journal of neurology, psychiatry and neuroscience  
Quarterly publication  
Recommended by Higher Attestation Commission

**EDITOR-IN-CHIEF**

**Vladimir D. Mendeleovich**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Kazan, Russia)  
ORCID: 0000-0002-8476-6083

**DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF**

**Enver I. Bogdanov**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Kazan, Russia)

ORCID: 0000-0001-9332-8053

**Eduard Z. Yakupov**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Kazan, Russia)

ORCID: 0000-0003-2965-1424

**Kausar K. Yakhin**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Kazan, Russia)

ORCID: 0000-0001-5958-5355

**EDITORIAL BOARD**

**Nikolai A. Bohan**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor,

academician of the Russian Academy of Sciences (Tomsk, Russia)

**Foat F. Gatim**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Kazan, Russia)

**Valeriy I. Danilov**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Kazan, Russia)

**Alexei Yu. Egorov**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Saint-Petersburg, Russia)

**Anatoly M. Karpov**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Kazan, Russia)

**Evgeny M. Krupitsky**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Saint-Petersburg, Russia)

**Nataliia N. Petrova**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Saint-Petersburg, Russia)

**Yury P. Sivolap**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Moscow, Russia)

**Daria A. Smirnova**, PhD, Associate Professor (Samara, Russia)

**Andrey G. Soloviev**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Arkhangelsk, Russia)

**Farit A. Khabirov**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Kazan, Russia)

**Dina R. Khasanova**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Kazan, Russia)

**INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD**

**Hans-Jorg Assion**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Dortmund, Germany)

**Gabriele Fischer**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Vienna, Austria)

**Icro Maremmani**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Pisa, Italy)

**George Woody**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Philadelphia, Pennsylvania, USA)

**Jozef Zislin**, MD, Dr. Sci. (Med.), (Jerusalem, Israel)

**Eka Chkonია**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Tbilisi, Georgia)

**Sergii Dvoriak**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Kyiv, Ukraine)

**Emilis Subata**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Vilnius, Lithuania)

**Sabrina Ravaglia**, MD, Dr. Sci. (Med.), (Pavia, Italy)

**Boguslaw Habrat**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Warsaw, Poland)

**John D. Heiss**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Bethesda, Maryland, USA)

**Avinash De Sousa**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Mumbai, India)

**Fountoulakis Konstantinos**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Thessaloniki, Greece)

**Paul Cumming**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Bern, Switzerland)

**Florence Thibaut**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor (Paris, France).


**Xenia Gonda**, MD, Dr. Sci. (Med.), Assistant Professor (Budapest, Hungary)

Full or partial reproduction of the materials, contained in this edition, is allowed only after  
the written permission of the editing board, and reference to the journal is obligatory


# СОДЕРЖАНИЕ

---

## ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

-  *Менделевич В.Д.* «Семантическая пустота» ряда психиатрических терминов, используемых в диагностике шизофрении.....5

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Копылова Л.И., Таппахов А.А., Николаева Т.Я., Попова Т.Е.* Клинико-социальные аспекты качества жизни пациентов с болезнью Паркинсона.....12
-  *Газизуллин Т.Р., Менделевич В.Д.* Вероятность смены диагноза у взрослых пациентов, у которых в детстве были диагностированы психические расстройства.....20
- Савина М.А., Петрова Е.А., Кольцова Е.А.* Лонгитудинальное исследование копинг-стратегий у пациентов, перенёсших первый церебральный инсульт: соотношение с когнитивной дисфункцией, локализацией очага поражения и депрессией.....31
- Руженкова В.В., Хамская И.С., Ретюнский К.Ю., Боева А.В., Жигулина О.В.* Удовлетворённость жизнью как фактор комплайентности больных шизофренией.....42


## ОБЗОРЫ

- Яковлев Д.А., Шурыгина А.Д., Кузьмина С.В., Расчёсков А.Ю.* Распространённость психических расстройств у пациентов с патологией заднего сегмента глаза.....52


## КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

- Каток А.А., Бейбалаева Т.З.* Сложности диагностики расстройств личности: переход от категорий к дименсиям. Клинический случай.....62

## КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

-  *Сиволап Ю.П., Портнова А.А.* Нервная анорексия и нервная булимия: неужели болезни-антиподы?.....71

## ДИСКУССИИ

-  *Зорин Н.А.* Как можно испортить идеи доказательной медицины, если не знать её принципов и границ.....81


- РЕФЕРАТЫ СТАТЕЙ НА ТАТАРСКОМ ЯЗЫКЕ.....90**

 — в открытом доступе на сайте журнала


# CONTENTS

---

## EDITORIAL

-  *Mendelevich V.D.* “Semantic void” of some of psychiatric terms used in the diagnosis of schizophrenia.....5

## ORIGINAL STUDY ARTICLES

- Kopylova L.I., Tappakhov A.A., Nikolaeva T.Ya., Popova T.E.* Clinical and social aspects of the quality of life in patients with Parkinson’s disease.....12
-  *Gazizullin T.R., Mendelevich V.D.* Probability of change of diagnosis in adult patients who had a childhood mental disorders diagnosed.....20
- Savina M.A., Petrova E.A., Koltsova E.A.* Longitudinal study of coping strategies in first-time stroke patients: association with cognitive dysfunction, stroke site and depression.....31
- Ruzhenkova V.V., Khamskaya I.S., Retyunskiy K.Yu., Boeva A.V., Zhigulina O.V.* Satisfaction with life as a compliance factor of patients with schizophrenia.....42


## REVIEWS

- Jakovlev D.A., Shurygina A.D., Kuzmina S.V., Rascheskov A.Yu.* The prevalence of mental disorders in patients with posterior segment eye disease.....52


## CASE REPORTS

- Katok A.A., Beybalaeva T.Z.* Challenges in diagnosing personality disorders: transitioning from categories to dimensions. Clinical case.....62

## CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

-  *Sivolap Y.P., Portnova A.A.* Anorexia nervosa and bulimia nervosa: are these diseases really antipodes?.....71

## DISCUSSIONS

-  *Zorin N.A.* How misunderstanding the principles and limitations of evidence-based medicine may discredit the concept.....81

## ABSTRACTS OF ARTICLES IN THE TATAR LANGUAGE.....90

 — Open Access online

УДК: 616.89-008

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb397614>

## «Семантическая пустота» ряда психиатрических терминов, используемых в диагностике шизофрении

В.Д. Менделевич

Казанский государственный медицинский университет, Россия

### **АННОТАЦИЯ**

Статья посвящена анализу терминологии, используемой для обоснования психиатрического диагноза. Автор, применяя лингвистические подходы, обращает внимание на наличие в психиатрии «семантически наполненных» и «семантически пустых» терминов, обозначающих те или иные психопатологические симптомы/признаки. Делает вывод о том, что для ряда терминов, используемых при диагностике расстройств шизофренического спектра, должна быть произведена ревизия, и из психиатрического лексикона следует исключить те, которые носят неопределённый, многозначный характер, не входят в международные диагностические системы и признаны архаичными. В частности, речь идёт о таких симптомах, как выхолощенность эмоций, вычурность, парадоксальность, чудаковатость, амбивалентность.

**Ключевые слова:** *психиатрическая терминология, психиатрическая диагностика, семантическая неопределённость, семантическая пустота, гипердиагностика шизофрении.*

### **Для цитирования:**

Менделевич В.Д. «Семантическая пустота» ряда психиатрических терминов, используемых в диагностике шизофрении // Неврологический вестник. 2023. Т. LV. Вып. 2. С. 5–11. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb397614>.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb397614>

## “Semantic void” of some of psychiatric terms used in the diagnosis of schizophrenia

Vladimir D. Mendelevich

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

### **ABSTRACT**

The article is devoted to an analysis of the terminology used to support a psychiatric diagnosis. Using linguistic approaches, the author draws attention to the presence in psychiatry of “semantically filled” and “semantically empty” terms that denote certain psychopathological symptoms/signs.

It is concluded that for a number of terms used in the diagnosis of schizophrenia spectrum disorders, a revision should be revised and those that are vague, ambiguous, not included in international diagnostic systems and recognised as archaic should be removed from the psychiatric lexicon. In particular, we are talking about symptoms such as emasculation of emotions, pretentiousness, paradoxicality, eccentricity, ambivalence.

**Keywords:** *psychiatric terminology, psychiatric diagnosis, semantic uncertainty, semantic emptiness, overdiagnosis of schizophrenia.*

### **For citation:**

Mendelevich VD. “Semantic void” of some of psychiatric terms used in the diagnosis of schizophrenia. *Neurology Bulletin*. 2023;LV(2):5–11. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb397614>.

*«Язык незаметно, исподволь управляет любым психологическим (психиатрическим) описанием...[поэтому] один и тот же термин всегда должен обозначать одно и то же».*

*Карл Ясперс*

Диагностика психических расстройств, особенно шизофрении, представляет собой сложный процесс, требующий от врача не только навыков проведения клинического интервью, виртуозного владения искусством интерпретации и доказывания, но и умения корректно и точно применять психиатрические термины. Критики отмечают высокий уровень субъективизма и недостаточно аргументированный характер доказательств правоты диагностических выводов с использованием многозначных терминов. Возможно, именно поэтому гипердиагностика шизофрении представляет собой довольно распространённое явление в отечественной психиатрической практике [1], особенно отчётливо проявляя себя в избыточно частом и необоснованном выставлении диагноза «шизотипическое расстройство». При этом сами психиатры признают факт отсутствия патогномичных для шизофрении психопатологических симптомов, но продолжают при диагностическом обосновании использовать двусмысленные термины, для безусловного отнесения которых к шизофрении важен контекст, а не констатация факта их присутствия.

Кроме того, дискуссионным остаётся вопрос о том, обозначают эти термины наличие психопатологических симптомов или указывают на обнаружение признаков, не соответствующих характеристикам симптомов. При расстройствах шизофренического спектра к таким двусмысленным феноменам/симптомам/признакам относят аморфность и разноплановость мышления, соскальзывание и резонёрство, вычурность и нелепость поступков и увлечений, выхолощенность эмоций, амбивалентность и амбигуэнтность [2].

Термины, пришедшие из психиатрии XIX века, звучат сегодня как анахронизмы не только по причине того, что для них отсутствует чёткая и убедительная психиатрическая дефиниция, но и потому, что в современном языке многие из них обрели иные коннотации, а развитие психиатрической терминологии подчиняется объективным законам развития языков и их лексики [3]. Кроме того, за последние десятилетия отме-

чена тенденция проникновения в русскоязычную психиатрию англоязычных терминов [4], затрудняющих процесс доказывания диагностической правоты.

Не вызывает сомнений то обстоятельство, что при констатации наличия тех или иных психопатологических симптомов и обосновании диагноза специалисты должны опираться на унифицированные клинические описания, представленные в диагностических перечнях Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ) и Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM — от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders).

Анализ показывает, что многие из перечисленных выше симптомов отсутствуют в соответствующих рубриках МКБ и DSM. Так, в разделе F2 МКБ-10 (шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства) термины «разноплановость мышления», «амбивалентность», «резонёрство», «вычурность», «выхолощенность» не представлены вообще [2, 5–8]. Исключение составляет термин «аморфность мышления», обозначенный в разделе «шизотипическое расстройство». Парадоксально, что в практической деятельности отечественных психиатров именно на этих — отсутствующих в МКБ — симптомах делают упор при диагностике расстройств шизофренического спектра. В связи с этим возникает закономерный вопрос о том, почему эти психопатологические симптомы не были включены разработчиками в диагностические рубрики МКБ, и стоит ли их сохранять при выборе аргументов для выставления соответствующего диагноза психического расстройства?

В отличие от других медицинских дисциплин диагностической проблемой в психиатрии является идентификация феномена как симптома и ограничение его от нормативных, неболезненных особенностей поведения, переживаний и высказываний [2]. В иных медицинских специальностях оценка симптома ясна и традиционно строится на выявлении чётких и недвусмысленных клинических признаков. К примеру, симптом кашля или одышки определяется терапевтом исключительно по тому, что именно видит и слышит диагност, способный отличить кашель сухой от влажного, покашливание от надрывного кашля, одышку инспираторную от экспираторной. Для интернистов не становится дискуссионным процесс оценки клинического симптома — среди врачей



наблюдаются явный консенсус и единообразие в понимании того, с каким именно симптомом они сталкиваются. Кашель или одышку диагносты-терапевты расценивают единообразно.

В отличие от интернистов среди профессионалов-психиатров уже на этапе оценки психопатологических симптомов нередко возникают споры и недопонимание. То есть психопатологические симптомы, наблюдаемые у конкретного пациента, могут трактоваться врачами по-разному и обозначаться неодинаковыми терминами, относимыми к различным частям спектров «норма-патология», «здоровье-болезнь». Однако ведь известно, что резонёрство — это не демагогия, амбивалентность — не нерешительность, а аутизм — не замкнутость [2]. Их часто путают, но в процессе диагностики используют один и тот же термин.

Таким образом, речь идёт об отсутствии в психиатрическом сообществе единого, унифицированного и непротиворечивого понимания тех или иных клинических феноменов. Справедливости ради следует признать, что по большинству психопатологических симптомов всё же обнаруживается согласованность мнений профессионалов и лишь по части — явное противостояние диагностов. К первым, по которым в профессиональной среде не возникает дискуссий (их оценка и дефиниции носят однозначный характер), можно отнести мнестические расстройства (амнезию, парамнезии), нарушения восприятия (иллюзии, галлюцинации, дереализацию), аффективные феномены (манию, депрессию, дисфорию, апатию), двигательные-волевые нарушения (эхолалию, эхопраксию, кататонию), снижение интеллекта. Ко вторым следует причислить расстройства мышления, особенно качественные, клиническая квалификация которых носит неочевидный характер.

Для анализа явления согласованности или несогласованности диагностических заключений психиатров по поводу отдельных симптомов можно обратиться к филологическим понятиям «семантической полноты/пустоты, определённости/неопределённости», многозначности/широкозначности/однозначности языковых выражений, расплывчатости или чёткости дефиниций [9, 10]. В этом ракурсе большинство психопатологических расстройств всё же «семантически полны» и однозначны, но ряд из них — «семантически неопределённые и пусты», то есть двусмысленны. Проблема заключается в том, что именно семантически пустые симптомы во многих

случаях определяют постановку диагноза шизофрении, который в значительной мере стигматизирует пациентов и при постановке которого необходимы особая щепетильность и аргументированность.

Чаще других подобные феномены используют при диагностике шизотипического расстройства, которое многие отечественные психиатры продолжают отождествлять с понятием «вялотекущая шизофрения» [11–13]. Однако в последние годы научный взгляд на многие из так называемых «типично шизофренических» симптомов пересматривается. Так, исследования амбивалентности, обозначающей смешанные чувства по поводу чего-либо, указывают на слабую связь между амбивалентностью и шизофренией, а некоторые данные свидетельствуют о том, что амбивалентность может быть более распространённым симптомом аффективных расстройств [14, 15].

В плане некорректного использования некоторых терминов как характерных для шизофренического спектра расстройств показательны описание и выделение феномена «*фершробен*», относимого многими отечественными авторами к проявлениям «эндогенного процесса», типичным признакам расстройств шизофренического спектра [11, 12, 16].

Отметим, что данный феномен отсутствует в психиатрических классификациях, например в МКБ, в современных зарубежных научных публикациях. Все статьи с ключевым словом «*фершробен*» в библиотеке PubMed принадлежат исключительно российским авторам и опубликованы только в одном издании — Журнале неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова [17]. Его основополагающими диагностическими критериями считаются *чуждаватость*, *эксцентричность*, *странность* внешнего облика человека, его речи, поведения в быту и всего уклада жизни, не соответствующего конвенциональным нормам и культурным стереотипам, не вписывающегося в контекст ситуации, а также дистонность межличностных коммуникаций — отсутствие нюансов и адекватной оценки сложившихся взаимоотношений с окружающими с потерей чувства такта и дистанции, прямолинейностью и достигающей степени регрессивной синтонности патологической обнажённости, а также *эмоциональной холодностью*, *выхолощенностью*, *парадоксальностью чувств* [11, 12]. Эти психопатологические признаки/симптомы часто становятся обоснованием диагноза «бедной симптомами («вялотекущей») шизофрении».

Симптомы, используемые в диагностике расстройств шизофренического спектра, можно разделить на семантически однозначные, неоднозначные и условно неоднозначные. К первым мы относим «гипердетализированное», обстоятельное или разорванное мышление, ко вторым — вычурность, парадоксальность, выхолощенность эмоций, эксцентричность поведения, амбивалентность, к третьим — аморфность, разноплановость, резонёрство и соскальзывания мышления.

Под *аморфным мышлением* в психиатрии понимают «путаное, неясное, непоследовательное и поверхностное мышление, существенными характеристиками которого являются: (а) утрата или отсутствие определённого направления движения мысли; (б) частые переходы умственной деятельности из одной логической плоскости в другую; (в) отсутствие конкретного результата мыслительной активности (вывода, решения); (г) утрата способности пациентов контролировать ход своих мыслей» [6].

Некоторые авторы считают аморфность мышления и *соскальзывания* ранним вариантом *разорванного мышления и шизофазии*, свидетельством шизофренической разлаженности умственной деятельности. Под *разноплановостью мышления* подразумевается «постоянная немотивированная смена оснований для логического упорядочения ассоциаций, соскальзывание в иную содержательную плоскость, в результате чего в мысли начинают сочетаться несочетаемые или даже взаимоисключающие идеи и понятия» [18].

Под *вычурностью поведения* понимают нарочитую усложнённость, замысловатость, неестественность, под *чужаковатостью* — склонность действовать и поступать странно для окружающих, под *эксцентричностью* — склонность проявлять чрезмерную оригинальность, необычность до странностей, *выхолощенность эмоций* подразумевает обеднение репертуара переживаний, лишённость живости, адекватной яркости и изменчивости, опустошённость и невыразительность.

Описание данных феноменов носит в отечественной психиатрии многозначный характер и не даёт возможности утверждать, что эти термины отражают диагностические единицы — конкретные психопатологические симптомы. Появление в дефинициях указаний на «чрезмерность», «странность», «необычность чего-либо»

не позволяет признавать их объективную диагностическую ценность. То, что может считаться странным или чрезмерным для одного, другим может рассматриваться как соответствующее контексту по количественным и качественным характеристикам.

Значимой теоретической базой для оценки анализируемых симптомов, причисляемых к наиболее важным критериям диагностики расстройств шизофренического спектра, служит разделение болезненных (ненормативных) феноменов на симптомы и признаки [19]. В современной семиотике симптомом, инструментом в медицинской диагностике может становиться не любой признак, а лишь понятый, принятый медицинской наукой, проверенный медицинской практикой и отвечающий определённому набору критериев.

По мнению Н.И. Волковой и А.В. Волкова [19], симптом — это некоторое явление, обозначающее либо риск нездоровья либо само нездоровье, несущее определённый объём информации. Если явление, названное симптомом, не всегда или не в полной мере представляет нездоровье, то оно лишается сущности, то есть не является знаком и соответственно не должно признаваться медицинским симптомом. В этом отношении *психопатологические симптомы (вычурность, выхолощенность, амбивалентность, чужаковатость, эксцентричность) не могут быть названы симптомами, поскольку они лишены сущности и факультативно, а не облигатно репрезентуют шизофрению как болезнь*.

Таким образом, анализ семантической наполненности ряда психиатрических терминов, используемых при диагностике расстройств шизофренического спектра, позволяет сделать вывод о том, что должна быть произведена ревизия используемых для обозначения типичных для шизотипического расстройства, а также латентных форм шизофрении терминов с исключением тех, которые носят неопределённый, многозначный характер, не входят в международные диагностические системы и признаны архаичными.

В связи с этим можно вспомнить слова Густава Лебона о том, что «определённые слова в какой-то момент притягивают к себе определённые образы: слово — это не более чем кнопка вызова, которая заставляет их появиться» [20]. И именно однозначность применяемых терминов способна объективизировать диагностический процесс в психиатрии и не позволить ошибиться при постановке диагноза.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНО

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Funding.** This publication was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interests.** The author declare no conflicts of interests.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Менделевич В.Д. Гипердиагностика шизофрении как когнитивное искажение процесса познания клинической реальности // *Неврологический вестник*. 2023. Т. 1. С. 5–14. DOI: 10.17816/nb160308.
2. Менделевич В.Д. Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. М.: Городец; 2016. 128 с.
3. Данилина Н.И. Семантическое термилообразование в сфере психиатрии на базе классических языков. В сборнике статей по материалам II Международной научно-практической конференции. Н. Новгород; 2021. с. 71–77.
4. Сердюкова Н.Л. Сопоставительный анализ терминологии психиатрии в английском и русском языках: на материале номинаций болезней и болезненных состояний. Дисс. ... канд. мед. наук. М.; 1998. 183 с.
5. Александровский Ю.А. Словарь терминов, используемых в психиатрии. М.: Веданта; 2021. 272 с.
6. Жмуров В.А. Психиатрия. М.: МЕДПРЕСС-информ; 2018. 1312 с.
7. Крук И.В., Блейхер В.М. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж: Модэк; 1995. 640 с.
8. Лексиконы психиатрии Всемирной психиатрической ассоциации. М.: Сфера; 2001. 405 с.
9. Семина И.А. Широкозначность и семантическая неопределённость // *Филологические науки. Вопросы теории и практики*. Тамбов: Грамота. 2009. Т. 1. №3. С. 185–190.
10. Ирисханова О.К. О типах знания и семантической неопределённости (дело о деле). В сб.: Категоризация и концептуализация в языках для специальных целей и профессиональном дискурсе. Сборник научных трудов. Под ред. Л.А. Манерко. Рязанский государственный педагогический университет; 2009. Т. 6. С. 7–13.

11. Смулевич А.Б. К психопатологической характеристике вялотекущей шизофрении // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2009. Т. 109. №11. С. 4–15.
12. Смулевич А.Б., Романов Д.В., Мухорина А.К., Атаджыкова Ю.А. Феномен «фершробен» при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра (типологическая дифференциация) // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017. Т. 1. С. 5–16. DOI: 10.17116/jnevro2017117115-16.
13. Максимов В.И. Исходы бедной симптомами вялотекущей шизофрении. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М.; 1987. 24 с.
14. Rees M. Is ambivalence a symptom of schizophrenia? // *Medical News Today*. July 19. 2022. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/ambivalence-schizophrenia> (access date: 04.05.2023).
15. Beretta V., Alameda L., Empson L.A., Tozzi A.S. Ambivalence according to Bleuler: New trajectories for a forgotten symptom // *In Psychotherapies*. 2015. Vol. 35. N. 1. P. 5–19. DOI: 10.3917/psys.151.0005.
16. Воробьев В.Ю., Нефедьев О.П. О дефекте типа фершробен при вялотекущей шизофрении // *Журнал невропатологии и психиатрии*. 1987. Т. 9. С. 1378–1383.
17. Verschoben. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=verschoben&sort=date> (access date: 04.05.2023).
18. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: МГУ; 1986. 287 с.
19. Волкова Н.И., Волков А.В. К некоторым вопросам медицинской семиотики // *Медицинский вестник Юга России*. 2023 Т. 14. №1. С. 31–37. DOI: 10.21886/2219-8075-2023-14-1-31-37.
20. Лебон Г. Психология толп. М.: Карамзин; 2018. 400 с.

## REFERENCES

1. Mendelevich VD. Giperdiagnostika shizofrenii kak kognitivnoe iskazhenie processa poznaniya klinicheskoi real'nosti. *Nevrologicheskii vestnik*. 2023;1:5–14. (In Russ.) DOI: 10.17816/nb160308.
2. Mendelevich VD. *Terminologicheskie osnovy fenomenologicheskoi diagnostiki v psixiatrii*. M.: Gorodec; 2016. 128 p. (In Russ.)
3. Danilina NI. Semanticheskoe terminoobrazovanie v sfere psixiatrii na baze klassicheskikh yazykov. V sbornike statej po materialam II Mezhdunarodnoj n-pr. konferencii. N. Novgorod; 2021. p. 71–77. (In Russ.)
4. Serdyukova NL. *Sopostavitel'nyj analiz terminologii psixiatrii v anglijskom i russkom yazykah: na materiale nominacij boleznej i bolezennykh sostoyanij*. Diss. ... kand. med. nauk. M.; 1998. 183 p. (In Russ.)
5. Aleksandrovskij YuA. *Slovar' terminov, ispol'zuemykh v psixiatrii*. M.: Vedanta; 2021. 272 p. (In Russ.)

6. Zhmurov VA. *Psixiatriya*. M.: MEDPRESS-inform; 2018. 1312 p. (In Russ.)
7. Kruk IV, Blejher VM. *Tolkovyy slovar' psixiatricheskikh terminov*. Voronezh: Modek; 1995. 640 p. (In Russ.)
8. *Leksikony psixiatrii Vsemirnoj psixiatricheskoj asociacii*. M.: Sfera; 2001. 405 p. (In Russ.)
9. Semina IA. Shirokoznachnost' i semanticheskaya neopredelennost'. *Filologicheskie nauki. Voprosy teorii i praktiki*. Tambov: Gramota. 2009;1(3):185–190. (In Russ.)
10. Iriskhanova OK. O tipah znaniya i semanticheskoi neopredelennosti (delo o dele). In: *Kategorizaciya i konceptualizaciya v yazykah dlya special'nykh celej i professional'nom diskurse*. Sbornik nauchnykh trudov. Pod red. L.A. Manerko. Ryazanskij gosudarstvennyj pedagogicheskij universitet; 2009. Vol. 6. p. 7–13. (In Russ.)
11. Smulevich AB. K psihopatologicheskoi harakteristike vyalotekushchej shizofrenii. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii im SS Korsakova*. 2009;109(11):4–15. (In Russ.)

12. Smulevich AB, Romanov DV, Muhorina AK, Atadzhykova YuA. Fenomen “fershroben” pri shizofrenii i rasstroistvakh shizofrenicheskogo spektra (tipologicheskaya differenciaciya). *Zhurnal nevrologii i psihatrii im SS Korsakova*. 2017;1:5–16. (In Russ.) DOI: 10.17116/jnevro2017117115-16.
13. Maksimov VI. *Iskhody bednoj simptomami vyalotekushchej shizofrenii*. Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. M.; 1987. 24 p. (In Russ.)
14. Rees M. Is ambivalence a symptom of schizophrenia? *Medical News Today*. July 19. 2022. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/ambivalence-schizophrenia> (access date: 04.05.2023).
15. Beretta V, Alameda L, Empson LA, Tozzi AS. Ambivalence according to Bleuler: New trajectories for a forgotten symptom. *In Psychotherapies*. 2015;35(1):5–19. DOI: 10.3917/psys.151.0005.
16. Vorob’ev VYu, Nefed’ev OP. O defekte tipa fershroben pri vyalotekushchej shizofrenii. *Zhurnal nevropatologii i psihatrii*. 1987;9:1378–1383. (In Russ.)
17. *Verschroben*. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=verschroben&sort=date> (access date: 04.05.2023).
18. Zejgarnik BV. *Patopsihologiya*. M.: MGU; 1986. 287 p. (In Russ.)
19. Volkova NI, Volkov AV. K nekotorym voprosam medicinskoj semiotiki. *Medicinskij vestnik Yuga Rossii*. 2023;14(1):31–37. (In Russ.) DOI: 10.21886/2219-8075-2023-14-1-31-37.
20. Lebon G. *Psihologiya tolpa*. M.: Karamzin; 2018. 400 p. (In Russ.)

## ОБ АВТОРЕ

**Менделевич Владимир Давыдович**, докт. мед. наук, проф., зав. каф., каф. психиатрии и медицинской психологии;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8476-6083>;  
eLibrary SPIN: 2302-2590;  
e-mail: [mendelevich\\_vl@mail.ru](mailto:mendelevich_vl@mail.ru)

## AUTHOR INFO

**Vladimir D. Mendelevich**, M.D., D. Sci. (Med.), Prof., Head of the Depart., Depart. of Psychiatry and Medical Psychology;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8476-6083>;  
eLibrary SPIN: 2302-2590;  
e-mail: [mendelevich\\_vl@mail.ru](mailto:mendelevich_vl@mail.ru)

УДК: 616.858

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb321228>

## Клинико-социальные аспекты качества жизни пациентов с болезнью Паркинсона

Л.И. Копылова<sup>1</sup>, А.А. Таппахов<sup>1,2</sup>, Т.Я. Николаева<sup>1</sup>, Т.Е. Попова<sup>2</sup><sup>1</sup>Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, Якутск, Россия<sup>2</sup>Якутский научный центр комплексных медицинских проблем, Якутск, РоссияАвтор, ответственный за переписку: Лилия Ивановна Копылова, [kopylovalily@mail.ru](mailto:kopylovalily@mail.ru)

### АННОТАЦИЯ

**Обоснование.** Болезнь Паркинсона — возраст-зависимое нейродегенеративное заболевание, обусловленное потерей дофамин-синтезирующих нейронов чёрного вещества, клинически проявляющееся двигательными нарушениями и множеством немоторных симптомов. Немоторные симптомы могут в большей степени снижать качество жизни пациентов с болезнью Паркинсона, чем моторные проявления, однако окончательный их вклад до конца не установлен.

**Цель.** Установить влияние моторных, когнитивных и аффективных нарушений, а также социальных факторов на качество жизни пациентов с болезнью Паркинсона в Республике Саха (Якутия).

**Материал и методы.** Обследованы 35 пациентов с болезнью Паркинсона 1–3-й стадии по шкале Хен–Яра (60% женщин и 40% мужчин), средний возраст 64,4±2,0 года. Использованы шкалы UPDRS, MoCA, HADS, NMSQuest, шкала сонливости Эпворда, PDQ39. Проведён анализ клинических признаков и социальных факторов в исследованной группе пациентов.

**Результаты.** Снижение качества жизни имело умеренную взаимосвязь со стадией болезни ( $r=0,56$ ,  $p=0,009$ ), тяжестью двигательных проявлений ( $r=0,65$ ,  $p<0,001$ ) и общим количеством немоторных симптомов ( $r=0,46$ ,  $p=0,008$ ). Возраст и стаж болезни не влияли на качество жизни. На снижение качества жизни оказывали влияние наличие депрессии ( $r=0,83$ ,  $p<0,001$ ), тревоги ( $r=0,69$ ,  $p<0,001$ ) и снижение когнитивных функций ( $r=-0,46$ ,  $p=0,008$ ). Низкий уровень качества жизни выявлен у одиноких пациентов с болезнью Паркинсона, а также у людей с инвалидностью. На качество жизни не оказывали влияние этническая и гендерная принадлежность, занятость пациента и уровень образования. Выделены три группы пациентов с болезнью Паркинсона: с лёгким, умеренным и выраженным снижением качества жизни. Даны их клинико-социальные портреты.

**Вывод.** Выявлена зависимость качества жизни пациентов с болезнью Паркинсона от формы, стадии болезни, выраженности депрессии, социальных факторов, что требует внимания со стороны не только врачей-неврологов, но и психотерапевтов и работников социальных служб.

**Ключевые слова:** болезнь Паркинсона, немоторные симптомы, депрессия, тревога, когнитивные нарушения, качество жизни.

### Для цитирования:

Копылова Л.И., Таппахов А.А., Николаева Т.Я., Попова Т.Е. Клинико-социальные аспекты качества жизни пациентов с болезнью Паркинсона // Неврологический вестник. 2023. Т. LV. Вып. 2. С. 12–19. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb321228>.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb321228>

## Clinical and social aspects of the quality of life in patients with Parkinson's disease

Liliya I. Kopylova<sup>1</sup>, Alexey A. Tappakhov<sup>1</sup>, Tatiana Ya. Nikolaeva<sup>1</sup>,  
Tatiana E. Popova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>M.K. Ammosov North-Eastern Federal University, Yakutsk, Russia

<sup>2</sup>Yakutsk Scientific Center for Complex Medical Problems, Yakutsk, Russia

Corresponding author: Liliya I. Kopylova, [kopylovalily@mail.ru](mailto:kopylovalily@mail.ru)

### ABSTRACT

Parkinson's disease (PD) is an age-related neurodegenerative disease associated with the loss of dopamine-producing neurons in the substantia nigra. The disease is manifested by motor disorders and a variety of non-motor symptoms (NMS). NMS may reduce the quality of life (QoL) of people with Parkinson's disease (PD) more than motor manifestations, but their ultimate contribution has not been fully established.

**AIM.** To determine the impact of motor, cognitive and affective disorders and social factors on the quality of life of patients with PD in the Republic of Sakha (Yakutia).

**MATERIAL AND METHODS.** The study included 35 patients with PD, Hoehn–Yahr stage 1–3 (60% women and 40% men), mean age 64.4±2.0 years. We used scales: UPDRS, MoCA, HADS, NMSQuest, Epworth Sleepiness Scale, PDQ39. The analysis of clinical signs and social factors in the studied group of patients was carried out.

**RESULTS.** The decrease in QoL was moderately associated with disease stage ( $r=0.56$ ,  $p=0.009$ ), the severity of motor manifestations ( $r=0.65$ ,  $p<0.001$ ) and the total number of NMS ( $r=0.46$ ,  $p=0.008$ ). Age and disease duration did not affect on QoL. The decrease in QoL was influenced by the presence of depression ( $r=0.83$ ,  $p<0.001$ ), anxiety ( $r=0.69$ ,  $p<0.001$ ) and cognitive decline ( $r=-0.46$ ,  $p=0.008$ ). Low levels of QoL were found in individual PD patients and in people with disabilities. QoL was not influenced by ethnicity, gender, employment or education. Three groups of patients with PD were identified: those with mild, moderate and severe decrease in QoL. Their clinical and social portraits are presented.

**CONCLUSION.** The dependence of the quality of life of patients with PD on the form of the disease, the stage of the disease, the severity of depression, social factors has been demonstrated, which requires attention not only from neurologists, but also from psychotherapists and social workers.

**Keywords:** *Parkinson's disease, non-motor symptoms, depression, anxiety, cognitive impairment, quality of life.*

### For citation:

Kopylova LI, Tappakhov AA, Nikolaeva TYa, Popova TE. Clinical and social aspects of the quality of life in patients with Parkinson's disease. *Neurology Bulletin*. 2023;LV(2):12–19. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb321228>.

## ВВЕДЕНИЕ

Болезнь Паркинсона (БП) — хроническое заболевание центральной нервной системы, проявляющееся типичными двигательными симптомами, такими как гипокинезия, мышечная ригидность и/или тремор покоя, и многочисленными немоторными симптомами (НМС), которые в разных комбинациях встречаются на всех стадиях болезни [1, 2]. В основе патогенеза лежит дегенерация дофаминергических нейронов в чёрной субстанции и других дофаминергических и недофаминергических ядрах, что объясняет многообразие проявлений БП на различных стадиях [3].

В последние десятилетия интерес к НМС БП значительно вырос, поскольку они могут проявляться на премоторной стадии, а также служить биомаркерами ранней диагностики [4, 5]. Кроме того, такие НМС, как аффективные и когнитивные расстройства, могут снижать качество жизни (КЖ) пациентов в большей степени, чем двигательные нарушения, однако их вклад окончательно не установлен [6, 7]. Недостаточно изучено влияние социальных факторов на КЖ пациентов с БП.

**Цель** — установить влияние моторных, когнитивных и аффективных нарушений, а также социальных факторов на КЖ пациентов с БП в Республике Саха (Якутия).

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проведено в Центре экстрапирамидных расстройств и ботулинотерапии Клиники Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова и в неврологическом отделении с центром нейродегенеративных заболеваний Клиники Якутского научного центра комплексных медицинских проблем.

Критерии включения в исследуемую когорту: наличие верифицированного диагноза БП (MDS<sup>1</sup>, 2013), возраст пациента 18 лет и старше, отсутствие деменции.

Критерии невключения: наличие паркинсонизма другой этиологии, возраст пациента до 18 лет, нежелание пациента или его законных родственников участвовать в исследовании, некомплайентность пациента, препятствующая достоверной оценке эффекта терапии, наличие тяжёлой деменции.

Клиническое обследование включало оценку:

– неврологического статуса, тяжести двигательных расстройств по 3-й части Унифицированной шкалы оценки тяжести БП (Unified Parkinson's disease rating scale, UPDRS);

– когнитивных функций по Монреальской шкале (MoCA — от англ. Montreal Cognitive Assessment), аффективных расстройств по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS — от англ. Hospital anxiety and depression scale);

– сонливости по шкале Эпворда;

– комплекса НМС по шкале NMSQuest;

– моторных флуктуаций и лекарственных дискинезий;

– противопаркинсонической терапии.

Кроме того, оценивали социальные факторы: наличие инвалидности, трудоустройства, проживание с семьёй и уровень образования.

Оценку КЖ пациентов проводили при помощи валидизированной по отношению к БП анкеты PDQ-39 (от англ. Parkinson's Disease Questionnaire — опросник по болезни Паркинсона), в которой максимум 195 баллов указывает на очень низкое КЖ.

Для создания портрета пациентов с различным КЖ все обследуемые были разделены на три группы согласно общему количеству баллов по шкале PDQ-39: первую группу составили пациенты с суммой баллов до 50 (лёгкая степень снижения КЖ), вторую группу — пациенты с суммой от 50 до 99 баллов (умеренная степень снижения КЖ), третью группу — пациенты со 100 баллами и более (выраженная степень снижения КЖ).

Статистическая обработка результатов исследования проведена с помощью пакета программ SPSS Statistics 22.0. Количественные данные приведены в виде среднего значения и стандартного отклонения, для сравнения двух групп количественных данных использовали t-критерий Стьюдента для непарных выборок, для сравнения трёх групп — однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Качественные данные приведены в виде частот, для сравнения применяли критерий Пирсона  $\chi^2$  и точный двусторонний критерий Фишера. Для корреляционного анализа использовали критерий Пирсона. Статистически значимыми считали различия при  $p \leq 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование были включены 35 пациентов с БП 1–3-й стадии по шкале Хен-Яра, 60% женщин и 40% мужчин. Средний возраст

<sup>1</sup>MDS (от англ. Movement Disorders Society) — Международное общество расстройств движений.

**Таблица 1.** Анализ корреляции между качеством жизни и клинико-социальными факторами у пациентов с болезнью Паркинсона

PDQ-39, баллы	Возраст, годы	Стаж болезни, годы	Стадия по Хен-Яру*	3 ч. UPDRS, баллы*	Количество НМС, баллы*	МоСА, баллы*	Шкала сонливости Эпворда, баллы	HADS (тревога), баллы *	HADS (депрессия), баллы*
Коэффициент корреляции	0,12	0,31	0,56	0,65	0,46	-0,46	0,247	0,69	0,83
p	0,09	0,09	0,009	<0,001	0,008	0,008	0,181	<0,001	<0,001

Примечание: \*статистические значимые корреляции.

составил  $64,4 \pm 2,0$  года, средняя стадия по Хен-Яру —  $2,52 \pm 0,15$ , средний стаж заболевания —  $6,45 \pm 0,81$  года.

На основании корреляционного анализа выявлено, что снижение КЖ имеет умеренную взаимосвязь со стадией болезни по Хен-Яру ( $r=0,56$ ,  $p=0,009$ ), тяжестью двигательных проявлений по 3-й части шкалы UPDRS ( $r=0,65$ ,  $p < 0,001$ ) и общим количеством НМС ( $r=0,46$ ,  $p=0,008$ ). И напротив, возраст и стаж болезни на КЖ влияние не оказывали.

Из аффективных и когнитивных нарушений, на снижение КЖ сильное влияние оказывало наличие депрессии ( $r=0,83$ ,  $p < 0,001$ ), умеренное влияние — наличие тревоги ( $r=0,69$ ;  $p < 0,001$ ) и снижение когнитивных функций по шкале МоСА ( $r=-0,46$ ;  $p=0,008$ ). Все статистические данные приведены в табл. 1.

По результатам нашего исследования низкий уровень КЖ выявлен у одиноких пациентов с БП по сравнению с теми, кто проживает с семьёй ( $107,57 \pm 11,4$  против  $79,56 \pm 6,39$  балла,  $p=0,047$ ), а также у людей, имеющих инвалидность ( $101,5 \pm 25,13$  против  $74,05 \pm 31,56$  балла,  $p=0,01$ ). На КЖ не оказывали этническая (русские, якуты) и гендерная принадлежность, занятость пациента, а также уровень образования.

Для составления портрета пациента с БП с различным КЖ все обследуемые были разделены на три группы. Пациенты с лёгким снижением КЖ имели преимущественно раннюю стадию заболевания по шкале Хен-Яра, медленный темп прогрессирования, небольшой двигательный дефицит (в среднем  $18,3 \pm 9,3$  балла по 3-й части шкалы UPDRS), в среднем три НМС, при этом без аффективных и когнитивных нарушений, с редким назначением препаратов леводопы (16%), без осложнений леводопа-терапии.

Пациенты с умеренным снижением КЖ имели 2–3-ю стадии по шкале Хен-Яра (в среднем

$2,69 \pm 0,59$ ), умеренный темп прогрессирования, умеренно выраженный двигательный дефицит (в среднем  $36,38 \pm 11,39$  балла по 3-й части шкалы UPDRS), более девяти НМС, но без аффективных и когнитивных нарушений. Более половины пациентов (64,4%) принимали препараты леводопы, причём у четверти пациентов были осложнения длительной леводопа-терапии (23,1%).

Пациенты с выраженным снижением КЖ имеют развёрнутую стадию болезни по шкале Хен-Яра, умеренный темп прогрессирования, значительный двигательный дефицит ( $48,3 \pm 15,42$ ), проявления депрессии, когнитивное снижение, большинство пациентов принимают препараты леводопы (78,6%), у трети пациентов развиваются осложнения длительной леводопа-терапии.

Характеристика пациентов с болезнью Паркинсона с различным КЖ представлена в табл. 2.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Нами изучено влияние моторных симптомов и НМС, а также социальных факторов на КЖ пациентов с БП. Значимое влияние на снижение КЖ пациентов оказывала депрессия. Депрессия бывает одним из распространённых НМС, частота составляет 40–50% [10, 11]. У 20% пациентов депрессия возникает ещё до развития классических моторных проявлений БП [9]. В патогенезе депрессии при БП играет роль нарушение в дофаминергической, серотонинергической и норадренергической системах [10].

Наши результаты совпадают с выводами других исследований, которые свидетельствуют о влиянии депрессии на КЖ пациентов [11, 12]. Кроме того, депрессия ассоциирована с быстрым прогрессированием и инвалидизацией пациентов [13].



Таблица 2. Характеристика пациентов с болезнью Паркинсона с различным качеством жизни

Параметры	Первая группа (лёгкое снижение КЖ)	Вторая группа (умеренное снижение КЖ)	Третья группа (выра- женное снижение КЖ)	p
Средний возраст, годы	61,3±10,32	64,46±8,19	64,0±16,04	0,984
Доля мужчин, %	71,4	28,6	35,7	0,153
Уровень образования: высшее среднее специальное	85,7 14,3	64,3 35,7	35,7 64,3	0,072
Доля работающих, %	14,3	57,1	7,1	0,009
Доля людей с инвалидно- стью, %	0	35,7	64,3	0,016
Доля одиноких, %	0	21,4	28,6	0,3
Стадия по Хен-Яру	1,33±0,51	2,69±0,59	3,0±0,88	<0,001*
Форма болезни: смешанная акинетико-ригидная дрожательная	42,9 42,9 14,3	78,6 7,1 14,3	64,3 35,7 0	0,189
Темп прогрессирования, %: медленный умеренный быстрый	85,7% 14,3 0	28,6 64,3 7,1	7,7 84,6 7,7	0,012
Стаж болезни, годы	2,83±1,83	6,54±3,95	7,77±5,5	0,074
3-я часть UPDRS, баллы	18,3±9,3	36,38±11,39	48,3±15,42	<0,001*
HADS, депрессия, баллы	0,67±1,21	5,23±3,5	9,46±3,43	<0,001*
HADS, тревога, баллы	1,17±0,98	6,38±3,61	7,23±4,9	0,006
NMSQuest, абс.	3,17±1,94	9,54±4,3	8,7±4,8	0,004
Моторные флюктуации, %	0	23,1	33,3	0,28
Лекарственные дискинезии, %	0	21,4	21,4	0,4
Шкала сонливости Эпворта, баллы	2,67±2,33	7,92±5,86	7,3±7,3	0,264
Шкала MoCA, баллы	26,3±1,21	26,08±2,32	21,3±5,9	0,007
Доля пациентов на комбинированной леводопа-терапии, %	16,7	42,9	50	0,376
Доля леводопа-терапии, %	16,7	64,3	78,6	0,032

Что касается тревоги, то она оказывала такое же влияние на КЖ, как и двигательные проявления. По данным литературы, тревога встречается у 25–45% пациентов, в 60–70% она может сочетаться с депрессией [9, 14].

Когнитивные нарушения при БП характеризуются, в первую очередь, замедлением темпа мышления и речевой активности, сложностью переключения внимания [15]. По данным одного из крупных метаанализов, проведённых К. Vaiano и соавт., умеренные когнитивные нарушения могут встречаться у 40% пациентов с БП. Они ассо-

циированы с пожилым возрастом, более низким уровнем образования, большей продолжительностью заболевания, более высокой эквивалентной дозой леводопы, тяжёлыми двигательными нарушениями, апатией и депрессией [16]. Деменция может развиваться у 30% пациентов с БП, predisполагающими факторами бывают акинетико-ригидная форма заболевания и пожилой возраст [17]. По результатам нашего исследования, когнитивные нарушения оказывали меньшее влияние на КЖ пациентов, чем моторные проявления.

Наши результаты дополняют другие исследования созданием портретов пациентов с различными степенями снижения КЖ. Хотя и не было выявлено статистически значимого различия, однако у пациентов с лёгким снижением КЖ выявлено преобладание мужчин, в то время как в других группах преобладают женщины. С нашей точки зрения это может быть связано с тем, что большее внимание обращено на здоровье мужчин со стороны женщин.

Обращает также внимание высокий уровень образования у пациентов с лёгким снижением КЖ (85,7%), в то время как у пациентов с выраженным снижением их доля снижается (35,7%). Это может быть связано с тем, что люди с высшим образованием более внимательно относятся к своему здоровью и своевременно обращаются за медицинской помощью. Наличие протективного эффекта уровня образования на нейродегенерацию показано при болезни Альцгеймера [18].

Однако при БП высокий интеллект, наоборот, связан с повышенным риском заболевания, особенно у мужчин. Это обусловлено несколькими факторами [19, 20]:

1) люди с высоким уровнем образования имеют более низкий уровень холестерина и реже курят, что повышает риск БП;

2) люди с высоким уровнем образования чаще работают на сложной работе, связанной со стрессом, что также повышает риск БП;

3) наличие генетических факторов, повышающих интеллект, но вместе с тем и риск БП.

Кроме того, мы исследовали влияние социальных факторов на КЖ пациентов с БП. Выявлено, что проживание без семьи и наличие инвалидности ассоциируются с худшим КЖ.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты показали, что выраженность моторных нарушений и депрессии в одинаковой степени влияют на КЖ. Нами выделены пациенты с тремя уровнями КЖ. Лёгкая степень снижения КЖ определена у пациентов с начальной стадией БП, минимальным количеством НМС, без аффективных и когнитивных

нарушений. Умеренное снижение КЖ выявлено у пациентов с развёрнутыми стадиями БП, в четверти случаев с осложнениями леводопатерапии, которые имеют более девяти НМС, без аффективных и когнитивных нарушений. Пациенты с выраженным снижением КЖ имеют развёрнутую стадию БП со значительным двигательным дефицитом, проявлением депрессии, когнитивными нарушениями, кроме того, треть пациентов имеют осложнения леводопатерапии.

Обращают внимание социальные аспекты. Среди пациентов с незначительным снижением КЖ нет ни одного одиноко живущего пациента, у большинства высшее образование. Среди пациентов с выраженным снижением КЖ, напротив, максимальное количество людей, которые проживают одни и имеют средний уровень образования.

Таким образом, выявленная зависимость КЖ пациентов с БП от формы, стадии болезни, выраженности депрессии, уровня образования и социальных факторов требует внимания со стороны не только врачей-неврологов, но и психотерапевтов и работников социальных служб. Разделение на группы поможет для своевременного выявления снижения КЖ, определения работы с социальными работниками.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНО

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Вклад авторов.** *Копылова Л.И.* — сбор и анализ результатов, написание текста; *Татпахов А.А.* — сбор, анализ результатов, написание текста; *Николаева Т.Я.* — идея исследования, написание текста; *Попова Т.Е.* — написание текста. Все авторы принимали участие в редактировании окончательного текста статьи.

**Funding.** This publication was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflicts of interests.

**Authors' contributions.** *L.I. Kopylova* — collection and analysis of results, drafting of the text; *A.A. Tappakhov* — collection and analysis of results, drafting of the text; *T.Ya. Nikolaeva* — research idea, drafting of the text; *T.E. Popova* — drafting of the text. All authors participated in editing the final version of the article.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Нодель М.Р. Влияние нервно-психических нарушений на качество жизни пациентов с болезнью Паркинсона // Неврологический журнал. 2015. Т. 20. №1. С. 20–27.

2. Иллариошкин С.Н. Современные представления об этиологии болезни Паркинсона // Неврологический журнал. 2015. Т. 20. №4. С. 4–13.

3. Braak H., Rüb U., Gai W.P., Del Tredici K. Idiopathic Parkinson's disease: Possible routes by which vulnerable neuronal types may be subject to neuroinvasion by an unknown pathogen // *J. Neural Transm.* 2003. Vol. 110. N. 5. P. 517–536. DOI: 10.1007/s00702-002-0808-2.
4. Залялова З.А., Хасанова Д.М. Эволюция предикторов ранней болезни Паркинсона // Бюллетень национального общества по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений. 2022. №2. С. 72–75. DOI: 10.24412/2226-079X-2022-12438.
5. Liu W.M., Lin R.J., Yu R.L. et al. The impact of nonmotor symptoms on quality of life in patients with Parkinson's disease in Taiwan // *Neuropsychiatric Dis. Treat.* 2015. N. 11. P. 2865–2873. DOI: 10.2147/NDT.S88968.
6. Нодель М.Р. Стратегия и тактика терапии ранних стадий болезни Паркинсона // *Неврологический журнал.* 2016. Т. 21. №3. С. 173–181.
7. Assogna F., Pellicano C., Savini C. et al. Drug choices and advancements for managing depression in Parkinson's disease // *Curr. Neuropharmacol.* 2019. Vol. 18. N. 4. P. 277–287. DOI: 10.2174/1570159x17666191016094857.
8. Marsh L. Depression and Parkinson's disease: Current knowledge // *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* 2013. Vol. 13. N. 12. P. 409. DOI: 10.1007/s11910-013-0409-5.
9. Нодель М.Р. Депрессия при болезни Паркинсона // *Медицинский совет.* 2013. №4. С. 36–41.
10. Remy P., Doder M., Lees A. et al. Depression in Parkinson's disease: Loss of dopamine and noradrenaline innervation in the limbic system // *Brain.* 2005. Vol. 128. N. 6. P. 1314–1322. DOI: 10.1093/brain/awh445.
11. Ray S., Agarwal P. Depression and anxiety in Parkinson disease // *Clin. Geriatr. Med.* Elsevier Inc. 2020. Vol. 36. N. 1. P. 93–104. DOI: 10.1016/j.cger.2019.09.012.
12. Su W., Liu H., Jiang Y. et al. Correlation between depression and quality of life in patients with Parkinson's disease // *Clin. Neurol. Neurosurg.* Elsevier B.V. 2021. Vol. 202. N. 5. P. 106523. DOI: 10.1016/j.clineuro.2021.106523.
13. Wu P.L., Lee M., Huang T.T. Effectiveness of physical activity on patients with depression and Parkinson's disease: A systematic review // *PLoS One.* 2017. Vol. 12. N. 7. P. 1–14. DOI: 10.1371/journal.pone.0181515.
14. Ferreira R.M., Alves W.M.G. da C., Lima T.A. et al. The effect of resistance training on the anxiety symptoms and quality of life in elderly people with parkinson's disease: A randomized controlled trial // *Arq. Neuropsiquiatr.* 2018. Vol. 76. N. 8. P. 499–506. DOI: 10.1590/0004-282x20180071.
15. Левин О.С., Артемьев Д.В., Бриль Е.В., Кулуа Т.К. Болезнь Паркинсона: современные подходы к диагностике и лечению // *Практическая медицина.* 2017. Т. 1. №102. С. 45–51.
16. Baiano C., Barone P., Trojano L., Santangelo G. Prevalence and clinical aspects of mild cognitive impairment in Parkinson's disease: A meta-analysis // *Mov. Disord.* 2020. Vol. 35. N. 1. P. 45–54. DOI: 10.1002/mds.27902.
17. Emre M., Aarsland D., Brown R. et al. Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease // *Mov. Disord.* 2007. Vol. 22. N. 12. P. 1689–1707. DOI: 10.1002/mds.21507.
18. Rosselli M., Uribe I.V., Ahne E., Shihadeh L. Culture, ethnicity, and level of education in Alzheimer's disease // *Neurotherapeutics.* Springer International Publishing. 2022. Vol. 19. N. 1. P. 26–54. DOI: 10.1007/s13311-022-01193-z.
19. Shi J., Tian J., Fan Y. et al. Intelligence, education level, and risk of Parkinson's disease in European populations: A Mendelian randomization study // *Front. Genet.* 2022. Vol. 13. N. 11. P. 1–8. DOI: 10.3389/fgene.2022.963163.
20. Ying L., Zhao J., Ye Y. et al. Regulation of Cdc42 signaling by the dopamine D2 receptor in a mouse model of Parkinson's disease // *Aging Cell.* 2022. Vol. 21. N. 5. P. 1–16. DOI: 10.1111/acel.13588.

## REFERENCES

1. Nodel MR. The impact of neuropsychiatric disorders on the quality of life of patients with Parkinson's disease. *Neurologicheskij zhurnal.* 2015;20(1):20–27. (In Russ.)
2. Illarioshkin SN. Modern ideas about the etiology of Parkinson's disease. *Neurologicheskij zhurnal.* 2015;20(4):4–13. (In Russ.)
3. Braak H, Rüb U, Gai WP, Del Tredici K. Idiopathic Parkinson's disease: Possible routes by which vulnerable neuronal types may be subject to neuroinvasion by an unknown pathogen. *J Neural Transm.* 2003;110(5):517–536. DOI: 10.1007/s00702-002-0808-2.
4. Zalyalova ZA, Khasanova DM. Evolution of predictors of early Parkinson's disease. *Bulletin of the National Society for the Study of Parkinson's Disease and Movement Disorders.* 2022;(2):72–75. DOI:10.24412/2226-079X-2022-12438. (In Russ.)
5. Liu WM, Lin RJ, Yu RL et al. The impact of nonmotor symptoms on quality of life in patients with Parkinson's disease in Taiwan. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015;11:2865–2873. DOI: 10.2147/NDT.S88968.
6. Nodel MR. Strategy and tactics of therapy of early stages of Parkinson's disease. *Neurologicheskij zhurnal.* 2016;21(3):173–181. (In Russ.)
7. Assogna F, Pellicano C, Savini C et al. Drug Choices and advancements for managing depression in Parkinson's disease. *Curr Neuropharmacol.* 2019;18(4):277–287. DOI: 10.2174/1570159x17666191016094857.
8. Marsh L. Depression and Parkinson's disease: Current knowledge. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2013;13(12):409. DOI: 10.1007/s11910-013-0409-5.
9. Nodel MR. Depression in Parkinson's disease. *Medicinskij sovet.* 2013;4:36–41. (In Russ.)
10. Remy P, Doder M, Lees A et al. Depression in Parkinson's disease: Loss of dopamine and noradrenaline innervation in the limbic system. *Brain.* 2005;128(6):1314–1322. DOI: 10.1093/brain/awh445.
11. Ray S, Agarwal P. Depression and anxiety in Parkinson disease. *Clin Geriatr Med Elsevier Inc.* 2020;36(1):93–104. DOI: 10.1016/j.cger.2019.09.012.
12. Su W, Liu H, Jiang Y et al. Correlation between depression and quality of life in patients with Parkinson's disease. *Clin Neurol Neurosurg Elsevier BV.* 2021;202(5):106523. DOI: 10.1016/j.clineuro.2021.106523.
13. Wu PL, Lee M, Huang TT. Effectiveness of physical activity on patients with depression and Parkinson's disease: A systematic review. *PLoS One.* 2017;12(7):1–14. DOI: 10.1371/journal.pone.0181515.
14. Ferreira RM, Alves WMG da C, Lima TA et al. The effect of resistance training on the anxiety symptoms and quality of

life in elderly people with parkinson's disease: A randomized controlled trial. *Arq Neuropsiquiatr.* 2018;76(8):499–506. DOI: 10.1590/0004-282x20180071.

15. Levin OS, Artemyev DV, Bril EV, Kulua TK. Parkinson's disease: modern approaches to diagnosis and treatment. *Prakticheskaya medicina.* 2017;1(102):45–51 (In Russ.)

16. Baiano C, Barone P, Trojano L, Santangelo G. Prevalence and clinical aspects of mild cognitive impairment in Parkinson's disease: A meta-analysis. *Mov Disord.* 2020;35(1):45–54. DOI: 10.1002/mds.27902.

17. Emre M, Aarsland D, Brown R et al. Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Mov*

*Disord.* 2007;22(12):1689–1707. DOI: 10.1002/mds.21507.

18. Rosselli M, Uribe IV, Ahne E, Shihadeh L. Culture, ethnicity, and level of education in Alzheimer's disease. *Neurotherapeutics. Springer International Publishing.* 2022;19(1):26–54. DOI: 10.1007/s13311-022-01193-z.

19. Shi J, Tian J, Fan Y et al. Intelligence, education level, and risk of Parkinson's disease in European populations: A Mendelian randomization study. *Front. Genet.* 2022;13(11):1–8. DOI: 10.3389/fgene.2022.963163.

20. Ying L, Zhao J, Ye Y et al. Regulation of Cdc42 signaling by the dopamine D2 receptor in a mouse model of Parkinson's disease. *Aging Cell.* 2022;21(5):1–16. DOI: 10.1111/acel.13588.

## ОБ АВТОРАХ

**Копылова Лилия Ивановна**, аспирант, ассистент кафедры неврологии и психиатрии;

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3570-3403>;

eLibrary SPIN: 1498-8657;

e-mail: kopylovalily@mail.ru

**Тাপпахов Алексей Алексеевич**, канд. мед. наук, доц., каф. неврологии и психиатрии;

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4159-500X>;

eLibrary SPIN: 2062-1540;

e-mail: tappakhov@gmail.com

**Николаева Татьяна Яковлевна**, докт. мед. наук, заведующий кафедрой неврологии и психиатрии;

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4201-8570>;

eLibrary SPIN: 6180-7862;

e-mail: tyanic@mail.ru

**Попова Татьяна Егоровна**, докт. мед. наук, зам. директора по науке;

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1062-1540>;

eLibrary SPIN: 8755-9035;

e-mail: tata2504@yandex.ru

## AUTHOR'S INFO

**Liliya I. Kopylova**, Postgraduate Student, Assistant, Depart. of neurology and psychiatry;

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3570-3403>;

eLibrary SPIN: 1498-8657;

e-mail: kopylovalily@mail.ru

**Alexey A. Tappakhov**, Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof, Depart. of neurology and psychiatry;

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4159-500X>;

eLibrary SPIN: 2062-1540;

e-mail: tappakhov@gmail.com

**Tatiana Ya. Nikolaeva**, D. Sci. (Med.), Head of Depart., Depart. of Neurology and Psychiatry;

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4201-8570>;

eLibrary SPIN: 6180-7862;

e-mail: tyanic@mail.ru

**Tatiana E. Popova**, D. Sci. (Med.), Deputy director for Science;

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1062-1540>;

eLibrary SPIN: 8755-9035;

e-mail: tata2504@yandex.ru

УДК: 616.89-008

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb340868>

## Вероятность смены диагноза у взрослых пациентов, у которых в детстве были диагностированы психические расстройства

Т.Р. Газизуллин<sup>1,2</sup>, В.Д. Менделевич<sup>1</sup><sup>1</sup>Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия<sup>2</sup>Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева, Казань, Россия*Автор, ответственный за переписку:* Владимир Давыдович Менделевич, [mendelevich\\_vl@mail.ru](mailto:mendelevich_vl@mail.ru)

### АННОТАЦИЯ

**Обоснование.** Проблема смены психиатрического диагноза относится к числу актуальных.**Цель.** Изучить частоту и вероятность смены выставленного пациентам в детском возрасте психиатрического диагноза при переходе под наблюдение к психиатру, обслуживающему взрослое население.**Материал и методы.** Проанализировано 246 случаев пациентов, впервые обратившихся к психиатру в детском (подростковом) возрасте, далее взятых на консультативный или диспансерный учёт. Исследование носило катamnестический характер, велось при помощи анализа электронных баз данных Республиканской клинической психиатрической больницы им. акад. В.М. Бехтерева МЗ РТ (г. Казань), а также путём изучения первичной медицинской документации (амбулаторных карт и историй болезни). Результаты исследования обрабатывали на базе программ Statistica 6.0 и MS Excel 2020.**Результаты.** Описаны основные варианты исходов психических расстройств, диагностированных в детском возрасте пациентов. Показано, что верификация психиатрического диагноза в раннем возрасте более чем в половине клинических случаев бывает неокончательной, а вопрос дальнейшего диагностического поиска остаётся неисчерпанным и требующим пересмотра. При помощи методов многофакторной статистики смоделированы основные транснозологические (димерсиональные) модели алгоритмов развития психических расстройств.**Ключевые слова:** *детские психические расстройства, катamnез, транснозологические исследования, димерсиональный подход, психиатрическая диагностика, кластерный анализ.*

### Для цитирования:

Газизуллин Т.Р., Менделевич В.Д. Вероятность смены диагноза у взрослых пациентов, у которых в детстве были диагностированы психические расстройства // Неврологический вестник. 2023. Т. LV. Вып. 2. С. 20–30. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb340868>.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb340868>

## Probability of change in diagnosis among adult patients diagnosed with childhood mental disorders

Timur R. Gazizullin<sup>1,2</sup>, Vladimir D. Mendelevich<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kazan State Medical University, Department of Psychiatry and Medical Psychology, Kazan, Russia

<sup>2</sup>Republican Clinical Psychiatric Hospital named after acad. V.M. Bekhterev of Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan, Russia

*Corresponding author:* Vladimir D. Mendelevich, [mendelevich\\_vl@mail.ru](mailto:mendelevich_vl@mail.ru)

### **ABSTRACT**

**BACKGROUND.** The problem of changing a psychiatric diagnosis is a reality.

**AIM.** To study the frequency and probability of changing the exposed patient at the age of psychiatric illness when moving under the supervision of a psychiatrist served by a large population.

**MATERIAL AND METHODS.** We analyzed 246 cases of patients who first applied to a psychiatrist in childhood (adolescence), then taken for consultative or dispensary registration. The study was follow-up in nature, was carried out with the help of the analysis of electronic databases of the RCPB. acad. V.M. Bekhterev of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan (Kazan), as well as by studying primary medical documentation (outpatient cards and case histories). The results of the study were processed on the basis of Statistica 6.0 and MS Excel 2020.

**RESULTS.** The main variants of the outcomes of mental disorders diagnosed in childhood of patients are described. It is shown that in more than half of clinical cases the confirmation of a psychiatric diagnosis at an early age is not final, and the issue of further diagnostic search remains unresolved and requires revision. Using the methods of multifactorial statistics, the main transnosological (dimensional) models of algorithms for the development of mental disorders are modeled.

**Keywords:** *childhood mental disorders, catamnesis, transnosological studies, dimensional approach, psychiatric diagnostics, cluster analysis.*

### **For citation:**

Gazizullin TR, Mendelevich VD. Probability of change in diagnosis among adult patients diagnosed with childhood mental disorders. *Neurology Bulletin.* 2023;LV(2):20–30. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb340868>.

## ВВЕДЕНИЕ

Диагностика психических и поведенческих расстройств представляет собой не только процесс, нацеленный на констатацию факта наличия у человека каких-либо психопатологических отклонений и разработку терапевтической стратегии, но и методологию, направленную на оценку прогноза, вероятного исхода заболевания у конкретного пациента. Сам по себе диагноз в некотором смысле «программирует» деятельность врача и формирует у пациента и его родственников «взгляд в будущее» с представлением о возможном достижении или недостижении жизненных целей и самореализации [1]. В этом отношении выставление ошибочного (преждевременного) диагноза психического расстройства в детском возрасте может нарушить адекватную и гармоничную «траекторию будущего развития» человека [2–4].

В последние годы акцент в научных проспективных, лонгитудинальных исследованиях делают на обнаружении связи психических и поведенческих расстройств с психопатологическими нарушениями, возникающими у этих людей во взрослом возрасте. Особой диагностической проблемой следует признать наличие психических расстройств, относимых исключительно к «детским». До настоящего времени не изучена и недостаточно разработана тема диагностики у взрослых синдрома дефицита внимания и гиперактивности, а также расстройств аутистического спектра, несмотря на очевидные факты их существования [5–7].

Известно, что в детском возрасте дифференциальная диагностика психических и поведенческих расстройств крайне затруднительна по причине размытости клинической картины заболеваний, неспособности ребёнка чётко и однозначно формулировать жалобы. Барьером на пути объективной диагностики может также становиться нечёткость представлений психиатров о границах нормативных для детского и подросткового возраста форм и способов поведения в периоды возрастных кризисов [3, 4].

Психиатрическая практика показывает, что постановка психиатрического диагноза часто не бывает статичной, не подвергающейся изменениям по мере взросления человека, а предстаёт динамическим процессом [8–21].

Помимо этого, в современной психиатрии есть тенденция к нарастанию диагностического релятивизма, заключающегося в отношении к выставлению точного диагноза с долей скепти-

цизма, связанного, во-первых, с переходом от нозологического принципа к феноменологическому, во-вторых, с представлением о том, что даже несхожие психические расстройства лечат единообразно с ориентацией на синдромальную терапию.

Ошибки диагностики психических и поведенческих расстройств в детском и подростковом возрасте и их пересмотр в дальнейшем показали, что они могут быть связаны со следующими факторами.

1. Аутохтонной динамикой психического заболевания, выходом его за рамки одной диагностической рубрики.

2. Нейродинамическими особенностями физиологии коры больших полушарий в различные периоды жизни.

3. Присоединением сопутствующих расстройств (неврологических, соматических, аддитивных) с трансформацией психопатологии.

4. Стрессово-психогенными факторами.

5. Влиянием социальных и рентных установок, связанных с попытками извлечь выгоду из психиатрического диагноза или, наоборот, с целью дестигматизации.

6. Разностью диагностических подходов в различных психиатрических школах, а также с вероятностью врачебных ошибок.

Наибольшего интереса заслуживают исследования динамики психического расстройства и его номинального отображения в виде формализованного диагноза при переходе из детско-подросткового во взрослый период жизни, что обусловлено как биологическими, так и социально-психологическими причинами [10–12]. Выявление прогностических критериев детских психических расстройств может способствовать устранению многих проблем диагностики, подбора терапии, разработки реабилитационных мероприятий.

Предшествующие работы по изучению исходов детских психических нарушений уделяли основное внимание динамике отдельных расстройств внутри одной традиционной нозологии. Так, отмечено, что дебютирующая в детстве шизофрения протекает злокачественнее, чем у взрослых [10]. О тяжести данного расстройства свидетельствует высокая доля детей, сохраняющих инвалидность по достижении взрослого возраста. После совершеннолетия эти больные, как правило, демонстрируют тяжёлую несформированность социальных навыков, интеллектуальную несостоятельность и личностное недоразвитие.

**Таблица 1.** Распределение пациентов по диагнозам, выставленным до 18-летнего возраста

Шифр МКБ-10	Диагноз	Количество пациентов
F20	Шизофрения	43
F70	Умственная отсталость лёгкой степени	36
F06	Органические психические расстройства	40
F9	Эмоциональные и поведенческие расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте	54
F84	Детский аутизм	73
Всего		246

Примечание: МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

**Таблица 2.** Группа расстройств шизофренического спектра

Диагноз после 18 лет (абс.)		Доля совпадения/вариабельности (%)
F20	42	98
F06.28	1	2

Органические психические расстройства по своей сути являются разнородной группой заболеваний с несхожими этиологией, патогенезом, клинической феноменологией, типами течения и методами лечения. Несмотря на их длительное изучение, особенно состояний дефицитарности после перенесённых детских органических вредностей [12], мало исследований о закономерностях их исходов после манифестации в детском возрасте. Данные о вариантах динамики других психических расстройств (аффективно-поведенческих, аутистического спектра), характерных для детского возраста, представляются разрозненными и не отражающими единого методологического подхода.

Всё указанное делает актуальными разработку и дальнейшее развитие транснозологических исследований в области возрастной психиатрии. О единстве данных процессов при номинально различных заболеваниях сообщают по результатам многочисленных нейробиологических исследований, а транснозологический подход согласуется с представлениями о наличии общепатологических закономерностей течения психических заболеваний.

**Цель** настоящей работы — описание структурно-динамических особенностей диагностических моделей психических расстройств в катанестическом ракурсе, исходя из вариабельности постановки диагноза на разных этапах взросления пациента. В задачи исследования включена количественная оценка распределения диагнозов после 18 лет в зависимости от диагнозов, выставленных пациентам в детском и подростковом периодах, а также выделение транснозологических дименсий,

описывающих наиболее типичные стереотипы динамики психических расстройств.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 246 пациентов, впервые обратившихся к психиатру в детском/подростковом возрасте, взятых на консультативный или диспансерный учёт с установленным диагнозом психического расстройства. Другим условием включения пациентов в исследование был переход по достижении 18 лет этих же пациентов во взрослую психиатрическую сеть после дополнительных исследований и уточнения диагноза. Средний возраст постановки обследованных на психиатрический учёт составил  $9,29 \pm 6,37$  года, возраст пациентов на текущий срез данных —  $20,7 \pm 12,07$  года, период проспективного наблюдения у врачей-психиатров —  $10,83 \pm 6,8$  года.

Исследование носило катанестический характер, велось при помощи анализа электронных баз данных Республиканской клинической психиатрической больницы им. акад. В.М. Бехтерева Минздрава Республики Татарстан (г. Казань), а также путём изучения первичной медицинской документации (амбулаторных карт и историй болезни).

Анализ полученных данных выполнен при помощи статистических методов (кластерный анализ). Результаты исследования обработаны на базе программ Statistica 6.0 и MS Excel 2020.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Распределение пациентов по диагнозам представлено в табл. 1.



Таблица 3. Группа умственной отсталости (F70)

Диагноз после 18 лет (абс.)		Доля совпадения/вариабельности (%)
F70	21	58,3
F71	7	41,7
F07	4	
Z03	2	
F23	1	
F06	1	

Результаты исследования анализировали по каждой группе психических и поведенческих расстройств отдельно. В табл. 2 представлены результаты диагностических совпадений и расхождений в группе больных с установленным в детстве диагнозом шизофрении.

Наиболее статичной в плане вариабельности диагноза оказалась группа шизофрении (F20): количество совпадений диагнозов после 18 лет составило 98%, только в одном случае после этого возраста диагноз был изменён на органическое шизофреноподобное расстройство (F06.28) — 2% вариабельности. Средний возраст дебюта болезни в данной группе составил  $9,53 \pm 3,37$  года: во всех случаях описан детский тип шизофрении с кататонно-параноидной, гебефренической симптоматикой и нарастанием грубого эмоционально-волевого и интеллектуального дефектов. Все пациенты были инвалидами с детства, а при переходе во взрослую психиатрическую сеть в большинстве случаев вставал вопрос о переосвидетельствовании инвалидности на первую или вторую группу бессрочно, иногда о лишении дееспособности. Установленный ранее диагноз шизофрении не вызывал никаких сомнений и подтверждался вновь.

Следует отметить, что на протяжении дальнейшего наблюдения после решения всех медико-социальных вопросов пациенты из данной группы имели малую частоту повторных госпитализаций (по сравнению с пациентами с параноидной шизофренией, заболевших после 18 лет), что косвенно указывало на стёртость психических, аффективно-поведенческих нарушений, преобладание в психическом статусе негативных расстройств.

В группе пациентов с умственной отсталостью (табл. 3) доля совпадения диагноза составила 58,3%, что может указывать на неточности его квалификации в детском периоде.

Одно из ведущих свойств умственной отсталости — её непрогредиентность на протяжении

всей жизни пациента. С теоретической точки зрения данный диагноз должен быть окончательным и может меняться только в случаях нарастания сопутствующей органической патологии либо дебюта психотического расстройства (пфрпрофшизофрения).

Следует отметить, что постановка диагноза умственной отсталости, особенно лёгкой степени (F70), в раннем возрасте бывает более трудной клинической задачей, нежели у взрослых. У детей сложнее использовать методики по исследованию способностей к абстрактно-логическому мышлению, у них не сформирован кругозор, не получен базовый уровень школьных знаний, вносит отрицательный вклад фактор социально-педагогической запущенности, что в совокупности ведёт к ложноположительной диагностике.

При анализе исследованной группы у 7 пациентов диагноз был пересмотрен в сторону увеличения тяжести — умеренной умственной отсталости (F71), что подтверждалось текущим статусом, результатами психолого-экспериментального метода исследования, грубой социальной и педагогической дезадаптацией (необучаемость), а также необходимостью решения медико-социальных вопросов. 2 пациента при переосвидетельствовании показали результаты формальной нормы интеллектуальных способностей и были признаны здоровыми (Z03), сняты со всех видов наблюдений.

Следующий стереотип «патоморфоза» умственной отсталости был отмечен в случае 4 пациентов, где, несмотря на перинатальное поражение головного мозга с задержкой психоречевого развития, по мере взросления были достигнуты нижние нормы интеллекта. Однако одновременно с этим отмечено патохарактерологическое формирование с психопатизацией, поведенческими расстройствами по криминальному типу — диагноз изменился на «Органическое расстройство личности» (F07). У 1 пациента в старшем возрасте был зарегистрирован дебют шизофрении (F23), ещё у 1 — преобладание

**Таблица 4.** Группа органических психических расстройств (F06)

Диагноз после 18 лет (абс.)		Доля совпадения/вариабельности (%)
F06	15	37,5
Z03	13	62,5
F07	5	
F70	4	
F20	2	
F02	1	

**Таблица 5.** Группа эмоциональных и поведенческих расстройств, начинающихся в детском/подростковом возрасте (F9)

Диагноз после 18 лет (абс.)		Доля (%)
Z03	45	83,5
F06	4	7,4
F07	4	7,4
F20	1	1,85

парциальности умственного дефекта со сменой диагноза на «лёгкое когнитивное расстройство» (F06.7).

Средний возраст первоначальной постановки диагноза «Лёгкая умственная отсталость» (F70) в исследованной группе составил  $9,47 \pm 5,0$  лет.

Результаты исследований совпадений/вариабельности органических психических расстройств представлены в табл. 4.

Под органическими психическими расстройствами (F06) в детской практике подразумевают расстройства, входящие в две рубрики МКБ-10 и обозначающие парциальный когнитивный дефицит, не соответствующий умственной отсталости, — это лёгкое когнитивное расстройство (F06.7) и органическое непсихотическое расстройство с лёгкой интеллектуальной недостаточностью (F06.8). Остальные виды органической патологии (органическое шизофреноподобное — F06.28, органическое аффективное — F06.3 и пр.) по статистической отчётности оказались единичными.

В отличие от диагнозов умственной отсталости, органическая психопатология, особенно в детском/подростковом возрасте, должна обладать свойством пластичности. В исследованной группе пациентов совпадение детского диагноза с взрослым (F06.7, F06.8) составило 37,5%. Примечательно, что при переходе во взрослую сеть, у 13 (36%) пациентов была достигнута полная компенсация органических когнитивных нарушений — они были признаны здоровыми (Z03), у 5 пациентов отмечено присоединение патологических личностных черт — диагностировано органическое расстройство личности (F07), у

4 пациентов по мере формирования когнитивного дефицита — лёгкая умственная отсталость (F70). В 2 случаях был зарегистрирован дебют шизофрении (F20), в 1 — деменция (F02) в связи с нарастающей тяжестью эпилепсии и атрофическими изменениями мозга. Средний возраст включения пациентов в данную группу составил  $8,3 \pm 5,7$  года.

Рубрика эмоциональных и поведенческих расстройств (F9) типична для детского/подросткового периода, её не применяют в отношении пациентов старше 18 лет. Соответственно предполагать, что будет совпадение диагнозов, не представляется корректным, однако здесь также можно отследить вариации в сторону здоровья (Z03) или патологии (F) (табл. 5).

Согласно медицинской документации, все пациенты из данной группы находились в амбулаторной консультативной группе у участкового психиатра, лишь 2 были госпитализированы в закрытое отделение в связи с парасуицидальными попытками. Во всех случаях устанавливали диагноз смешанного расстройства поведения и эмоций (F92.8) с незначительными преобладаниями в тех или иных случаях девиантных форм поведения (социализированное, несоциализированное расстройство) либо психомоторной расторможенности (гиперкинетическое расстройство, синдром дефицита внимания и гиперактивности).

По достижении 18 лет большая часть исследованных пациентов (83,5%) были признаны здоровыми и далее не обращались в государственную психиатрическую сеть, не проходили стационарного лечения и не получали психофармакотерапию. В 4 случаях по достижении совер-

Таблица 6. Группа детского аутизма (F84)

Диагноз после 18 лет (абс.)		Доля вариабельности (%)
F21	36	
F70	18	
F20	16	
F06	3	

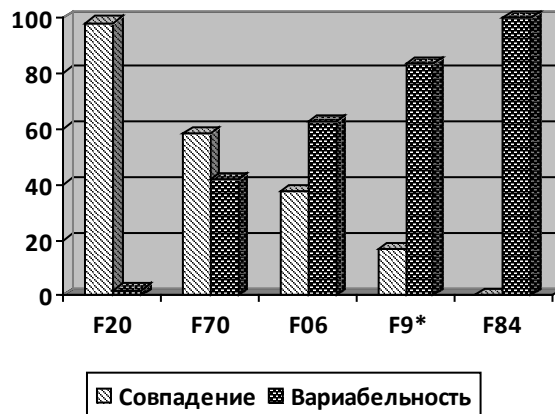


Рис. 1. Динамические характеристики изменения диагноза; \*группа F9 — совпадение, это любая нозология после 18 лет, вариабельность — без психических расстройств после 18 лет

шеннолетия в ходе военно-врачебной экспертизы было установлено органическое астеническое (эмоционально лабильное) расстройство (F06.6), у 4 пациентов на фоне дальнейшей декомпенсации расстройств поведения — органическое расстройство личности (F07). В 1 случае отмечен дебют шизофрении (F20). Средний возраст включения пациентов в данную группу составил  $9,29 \pm 3,37$  года.

Несмотря на указания в клинических рекомендациях Российского общества психиатров «Расстройства аутистического спектра в детском возрасте: диагностика, терапия, профилактика, реабилитация» [22], что подобный диагноз можно оставлять по достижении совершеннолетия либо первично верифицировать после 18 лет, в практике отечественных врачей-психиатров сохраняется тенденция к его пересмотру и, соответственно, отнесению этой патологии как специфичной для детства (табл. 6).

Таким образом, в исследованной группе пациентов доля совпадения составила 0%: во всех случаях диагноз детского аутизма после 18 лет был пересмотрен в пользу иных психических расстройств.

Чаще других выставляли диагноз шизотипического расстройства [психопатоподобный вариант (F21.4) либо «бедная симптомами шизофрения» (F21.5) — всего 36 случаев]. Все эти пациенты

не проходили лечения в условиях стационара, не получали психофармакотерапии, при этом демонстрировали низкий уровень социальной адаптации, им устанавливали третью группу инвалидности. Следующими по частоте диагностическими вариантами динамики были: лёгкая умственная отсталость (F70) с нерезко выраженными расстройствами поведения — 18 случаев, а также простая форма шизофрении (F20) с выраженным эмоционально-волевым дефектом — 18 случаев.

Установлено 3 случая органического шизофреноподобного расстройства (F06.28). Средний возраст постановки на психиатрический учёт в данной группе составил  $6,98 \pm 3,9$  года.

Обобщённые данные по совпадению или вариабельности диагноза психических и поведенческих расстройств, выставленных обследованным в детском, а затем во взрослом возрасте, представлены на рис. 1.

Представленные данные о совпадении или вариабельности детского психиатрического диагноза относительно возрастного катамнеза условно разделяют выделенные группы психических расстройств на статичные (группа шизофрении), относительно статичные или лабильные (группа умственной отсталости, органических психических расстройств), а также лабильные, принципиально изменяющиеся и, как правило,

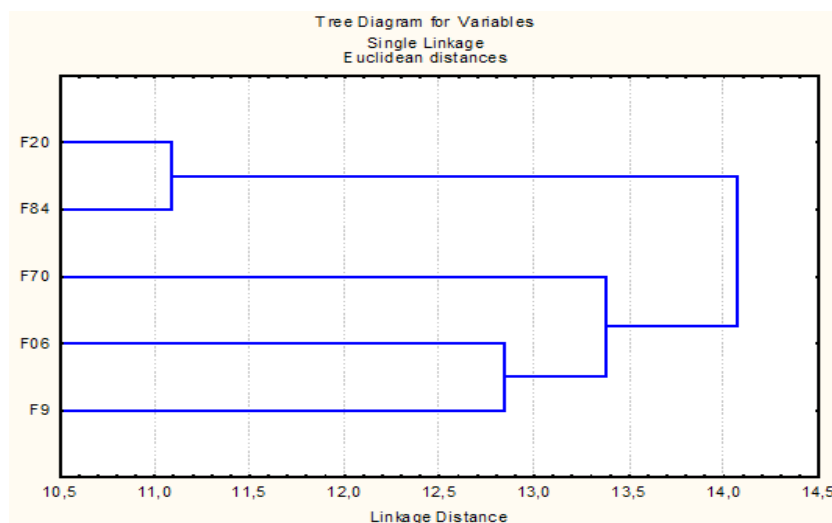


Рис. 2. Результаты кластерного анализа

дрейфующие в сторону оценки выздоровления после 18 лет (группа эмоциональных и поведенческих расстройств). Вопрос динамических вариаций и исходов при диагнозе расстройств аутистического спектра — отдельная тема, требующая более углублённого подхода.

В соответствии со второй задачей исследования — выявление транснозологических дименсий изученных психопатологических расстройств — был проведён кластерный анализ полученных данных по методу Уорда (tree clustering), в качестве метрики использовали евклидово пространство. Для формирования матрицы статистического анализа вариационные ряды отражали исходные диагнозы до 18 лет (диагноз №1), а все диагнозы, квалифицированные после этого (диагноз №2), были условно обозначены порядковыми числительными 1–7 (единичные нозологии F02 и F23 исключены из анализа).

Согласно результатам кластерного анализа (рис. 2), нами были выделены три основные транснозологические дименсии, образующие наиболее тесные корреляционные взаимосвязи внутри себя, а также более отдалённые между собой.

Оказалось, что при расстройствах, относимых к шизофреническому и аутистическому спектрам (F20–F84), присутствует наиболее высокий уровень взаимосвязей (linkage distance 11,1), в частности шизофренические (F20) и аутистические (F84) расстройства в соответствии с математическим анализом оказались объединены в единый психопатологический кластер, который был автономным и отдалённо коррелирующим с

остальными нарушениями (linkage distance 14,1)<sup>1</sup>. Следует отметить, что группа расстройств аутистического спектра (F84), согласно полученным результатам, имеет тропность к «шизоэндогенной» этиологии в значительно большей степени, нежели к органической.

Расстройства аффективно-когнитивного круга (F09–F06) оказались вторыми по уровню внутрискруктурных взаимосвязей между нарушениями эмоций — поведения (F09) и когнитивными органическими расстройствами (F06). В природе поведенческих нарушений определена взаимосвязь (linkage distance 12,8) с органически обусловленной базой (так называемой минимальной мозговой дисфункцией), которая имеет тенденцию к обратимости в более старшем возрасте (группа эмоциональных и поведенческих расстройств — 80,5% после 18 лет без психических расстройств).

Расстройства органического регистра (F70, F06–F09) включают в структуру вышеуказанный аффективно-когнитивный компонент (F09, F06), который дополняется умственной отсталостью (F70) (linkage distance 13,4). В полной мере она не является самостоятельной единицей, а представляется продолжением динамического варианта аффективных, когнитивных нарушений (F09, F06), достигающих степени умственной отсталости.

<sup>1</sup>Ограничения: на корректность полученных корреляций мог влиять тот факт, что диагноз «расстройства аутистического спектра», выставившийся детям до 18-летнего возраста, при переходе во взрослую сеть в 71,2% случаев изменялся на «расстройства шизофренического спектра».

## ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, проведённое исследование и кластерный анализ позволяют утверждать, что в катamnестической перспективе психиатрические диагнозы, оставленные пациентам в детском возрасте, обладают высокой степенью вариабельности (51,55% без учёта группы эмоциональных и поведенческих расстройств, начинающихся в детском и подростковом возрасте, F9). Можно предполагать, что восстановление нормативного психического функционирования связано с динамическими и пластическими свойствами мозговых структур, а возможно, и с ошибочной диагностикой так называемых детских психических расстройств, сходных по феноменологии с девиантными формами поведения.

Результаты исследования показали, что наиболее статичны расстройства шизофренического спектра, сохраняющиеся стабильными на протяжении всего периода исследования, при которых ошибки диагностики носят казуистический характер. Наиболее динамичными диагнозами оказались эмоционально-поведенческие нарушения, свойственные детскому периоду, которые в 83,5% случаев по достижении совершеннолетия полностью компенсировались (Z03). Расценивать данную патологию как предиктор развития расстройств пограничного регистра (психопатические, невротические, аддиктивные) не представляется обоснованным.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Руководство по социальной психиатрии. Под ред. Т.Б. Дмитриевой. М.: Медицина; 2001. 560 с.
2. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза. М.: Городец; 2018. 448 с.
3. Дыгова Н.В. Клиническая динамика психических расстройств, диагностированных на этапе несовершеннолетия (по данным отдалённого катamnеза). Автореферат дис. ... канд. мед. наук. М.; 2009. 24 с.
4. Пивоварова П.А., Вандыш-Бубко В.В. Катamnез психических расстройств подросткового возраста (диагностический аспект) // Психическое здоровье. 2014. Т. 4. №95. С. 22–26.
5. Kooij J.J., Bijaenga D., Salerno L. et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD // *European Psychiatry*. 2019. Vol. 56. P. 14–34. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2018.11.001.
6. Attoe D.E., Climie E.A. Miss diagnosis: A systematic review of ADHD in adult women // *J. Atten. Disord.* 2023;10870547231161533. DOI: 10.1177/10870547231161533.
7. Malik-Soni N., Shaker A., Luck H. et al. Tackling health-care access barriers for individuals with autism from diagnosis to adulthood // *Pediatr. Res.* 2022. Vol. 91. P. 1028–1035. DOI: 10.1038/s41390-021-01465-y.

## ВЫВОДЫ

1. Полученный результат может свидетельствовать больше об ассоциированности данной патологии с пубертатным периодом, нежели с психогенно-социальными причинами, после преодоления которого наступает выздоровление, а не патологическое развитие.

2. Кластерный анализ позволил выявить три основные транснозологические дименсии, отражающие динамические стереотипы психопатологических образований. В своей совокупности дименсии составляют единый «длинник» расстройств от наиболее глубоких и аутохтонных — расстройств шизофренического круга, переходящих в органические, а затем в аффективно-когнитивные нарушения, граничащие с состоянием здоровья.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНО

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Вклад авторов.** Газизуллин Т.Р. — сбор материала, математический анализ; Менделевич В.Д. — анализ литературы и результатов исследования.

**Funding.** This publication was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflicts of interests.

**Contribution of the authors.** T.R. Gazizullin — collection of material, mathematical analysis; V.D. Mendeleevich — analysis of literature and research results.

8. Upmark M., Lundberg I., Sadigh J. et al. Psychosocial characteristics in young men as predictors of early disability pension with a psychiatric diagnosis // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1999. Vol. 34. N. 10. P. 533–540.
9. Ковалёв В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина; 1985. 288 с.
10. Мазаева Н.А., Шмакова О.П., Андреева О.О. Катamnез детской шизофрении (клинический и социальный аспекты) // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012. Т. 112. №7. С. 20–27.
11. Шмакова О.П. Клиническая динамика умственной отсталости и социальная адаптация пациентов по мере их взросления // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016. Т. 16. №10. С. 16–23. DOI: 10.17116/jnevro201611610116-23.
12. Шмакова О.П., Мазаева Н.А. Клинико-социальные исходы органических психических расстройств, диагностированных в детско-подростковом возрасте // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2017. Т. 17. №1. С. 58–64.
13. Галанин И.В. Течение и современные методы лечения выраженных форм умственной отсталости // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2007. Т. 3. С. 19–21.

14. Remschmidt H., Martin M., Fleischhaker C. et al. Forty-two-years later: The outcome of childhood-onset schizophrenia // *Journal of Neural Transmission*. 2007. Vol. 114. N. 4. P. 505–512.
15. Werry J.S., McClellan J.M. Predicting outcome in child and adolescent (early onset) schizophrenia and bipolar disorder // *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1992. Vol. 31. N. 1. P. 147–150.
16. Hall I., Strydom A., Richards M. et al. Social outcomes in adulthood of children with intellectual impairment: Evidence from a birth cohort // *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005. Vol. 49. N. 3. P. 171–182. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2005.00636.x.
17. Castrén E., Elgersma Y., Maffei L., Hagerman R. Treatment of neurodevelopmental disorders in adulthood // *The Journal of Neuroscience*. 2012. Vol. 32. N. 41. P. 14074–14079. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.3287-12.2012.
18. Emerson E., Hatton Ch. Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain // *British Journal of Psychiatry*. 2007. Vol. 191. P. 493–499.
19. Газизуллин Т.Р., Яхин К.К. Предикторы регоспитализаций

- в психиатрический стационар // *Неврологический вестник*. 2018. №4. С. 35–39.
20. Costello E.J., Maughan B. Annual research review: Optimal outcomes of child and adolescent mental illness // *J. Child Psychol. Psychiatry*. 2015. Vol. 56. N. 3. P. 324–341. DOI: 10.1111/jcpp.12371.
21. Ormel J., Oerlemans A.M., Raven D. et al. Functional outcomes of child and adolescent mental disorders. Current disorder most important but psychiatric history matters as well // *Psychological Medicine*. 2017. Vol. 47. N. 7. P. 1271–1282. DOI: 10.1017/S0033291716003445.
22. Расстройства аутистического спектра в детском возрасте: диагностика, терапия, профилактика, реабилитация. Клинические рекомендации. 2020. [https://psychiatr.ru/download/4663?view=1&name=%D0%9A%D0%A0\\_%D0%A0%D0%90%D0%A1\\_%D0%90%D0%9F%D1%81%D0%B8%D0%9F.pdf%22%3E%D0%9A%D0%A0\\_%D0%A0%D0%90%D0%A1\\_%D0%90%D0%9F%D1%81%D0%B8%D0%9F.pdf](https://psychiatr.ru/download/4663?view=1&name=%D0%9A%D0%A0_%D0%A0%D0%90%D0%A1_%D0%90%D0%9F%D1%81%D0%B8%D0%9F.pdf%22%3E%D0%9A%D0%A0_%D0%A0%D0%90%D0%A1_%D0%90%D0%9F%D1%81%D0%B8%D0%9F.pdf) (дата обращения: 19.04.2023).

## REFERENCES

1. *Rukovodstvo po social'noj psihiatrii*. Pod red TB Dmitrievoy. M.: Medicina; 2001. 560 p.
2. Mendelevich V.D. *Anticipacionnye mekhanizmy nevrozogeneza*. M.: Gorodec; 2018. 448 p.
3. Dygova N.V. *Klinicheskaya dinamika psichicheskikh rasstrojstv, diagnostirovannyh na etape nesovershennoletiya (po dannym oddalennogo katamneza)*. Avtoreferat dis. ... kand. med. nauk. M.; 2009. 24 p.
4. Pivovarova P.A., Vandysch-Bubko V.V. Katamnez psichicheskikh rasstrojstv podrostkovogo vozrasta (diagnosticheskiy aspekt). *Psichicheskoe zdorov'e*. 2014;4(95):22–26.
5. Kooij JJ, Bijlenga D, Salerno L et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*. 2019;56:14–34. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2018.11.001.
6. Attoe DE, Climie EA. Miss diagnosis: A systematic review of ADHD in adult women. *J Atten Disord*. 2023;10870547231161533. DOI: 10.1177/10870547231161533.
7. Malik-Soni N, Shaker A, Luck H et al. Tackling healthcare access barriers for individuals with autism from diagnosis to adulthood. *Pediatr Res*. 2022;91:1028–1035. DOI: 10.1038/s41390-021-01465-y.
8. Upmark M, Lundberg I, Sadigh J et al. Psychosocial characteristics in young men as predictors of early disability pension with a psychiatric diagnosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1999;34(10):533–540.
9. Kovalyov V.V. *Semiotika i diagnostika psichicheskikh zabolavanij u detej i podrostkov*. M.: Medicina; 1985. 288 p.
10. Mazaeva N.A., Shmakova O.P., Andreeva O.O. Katamnez detskoj shizofrenii (klinicheskij i social'nyj aspekty). *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im SS Korsakova*. 2012;112(7):20–27.
11. Shmakova O.P. Klinicheskaya dinamika umstvennoj otstalosti i social'naya adaptaciya pacientov po mere ih vzrosleniya. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im SS Korsakova*. 2016;16(10):16–23. DOI: 10.17116/jnevro201611610116-23.
12. Shmakova O.P., Mazaeva N.A. Kliniko-social'nye iskhody organicheskikh psichicheskikh rasstrojstv, diagnostirovannyh v detsko-podrostkovom vozraste. *Voprosy psichicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov*. 2017;17(1):58–64.
13. Galanin IV. Techenie i sovremennye metody lecheniya vyrazhennyh form umstvennoj otstalosti. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im VM Bekhtereva*. 2007;3:19–21.
14. Remschmidt H, Martin M, Fleischhaker C et al. Forty-two-years later: the outcome of childhood-onset schizophrenia. *Journal of Neural Transmission*. 2007;114(4):505–512.
15. Werry JS, McClellan JM. Predicting outcome in child and adolescent (early onset) schizophrenia and bipolar disorder. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1992;31(1):147–150.
16. Hall I, Strydom A, Richards M et al. Social outcomes in adulthood of children with intellectual impairment: Evidence from a birth cohort. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005;49(3):171–182. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2005.00636.x.
17. Castrén E, Elgersma Y, Maffei L, Hagerman R. Treatment of neurodevelopmental disorders in adulthood. *The Journal of Neuroscience*. 2012;32(41):14074–14079. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.3287-12.2012.
18. Emerson E, Hatton Ch. Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *British Journal of Psychiatry*. 2007;191:493–499.
19. Gazizullin TR, Yahin KK. Prediktory regospitalizacij v psichicheskij stacionar. *Nevrologicheskij vestnik*. 2018;4:35–39.
20. Costello EJ, Maughan B. Annual research review: Optimal outcomes of child and adolescent mental illness. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):324–341. DOI: 10.1111/jcpp.12371.
21. Ormel J, Oerlemans AM, Raven D et al. Functional outcomes of child and adolescent mental disorders. Current disorder most important but psychiatric history matters as well. *Psychological Medicine*. 2017;47(7):1271–1282. DOI: 10.1017/S0033291716003445.
22. *Rasstrojstva autisticheskogo spektra v detskom vozraste: diagnostika, terapiya, profilaktika, reabilitaciya*. Klinicheskie rekomendacii, 2020. [https://psychiatr.ru/download/4663?view=1&name=%D0%9A%D0%A0\\_%D0%A0%D0%90%D0%A1\\_%D0%90%D0%9F%D1%81%D0%B8%D0%9F.pdf%22%3E%D0%9A%D0%A0\\_%D0%A0%D0%90%D0%A1\\_%D0%90%D0%9F%D1%81%D0%B8%D0%9F.pdf](https://psychiatr.ru/download/4663?view=1&name=%D0%9A%D0%A0_%D0%A0%D0%90%D0%A1_%D0%90%D0%9F%D1%81%D0%B8%D0%9F.pdf%22%3E%D0%9A%D0%A0_%D0%A0%D0%90%D0%A1_%D0%90%D0%9F%D1%81%D0%B8%D0%9F.pdf) (access date: 19.04.2023).

**ОБ АВТОРАХ**

**Газизуллин Тимур Рустемович**, канд. мед. наук, врач-психиатр, зам. глав. врача;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3100-6291>;  
eLibrary SPIN: 8872-3118;  
e-mail: kary85@mail.ru

**Менделевич Владимир Давыдович**, докт. мед. наук, проф., зав. каф., каф. психиатрии и медицинской психологии;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8476-6083>;  
eLibrary SPIN: 2302-2590;  
e-mail: mendelevich\_vl@mail.ru

**AUTHOR'S INFO**

**Timur R. Gazizullin**, M.D., Cand. Sci. (Med.), Psychiatrist, Deputy Head Physician;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3100-6291>;  
eLibrary SPIN: 8872-3118;  
e-mail: kary85@mail.ru

**Vladimir D. Mendelevich**, M.D., D. Sci. (Med.), Prof., Head of the Depart., Depart. of Psychiatry and Medical Psychology;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8476-6083>;  
eLibrary SPIN: 2302-2590;  
e-mail: mendelevich\_vl@mail.ru

УДК: 616.892-02

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb253252>

## Лонгитудинальное исследование копинг-стратегий у пациентов, перенёсших первый церебральный инсульт: соотношение с когнитивной дисфункцией, локализацией очага поражения и депрессией

М.А. Савина<sup>1</sup>, Е.А. Петрова<sup>2</sup>, Е.А. Кольцова<sup>2</sup><sup>1</sup>Научный центр персонализированной медицины, Москва, Россия<sup>2</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Москва, РоссияАвтор, ответственный за переписку: Мария Александровна Савина, [maria\\_savina@mail.ru](mailto:maria_savina@mail.ru)

### АННОТАЦИЯ

**Обоснование.** Неадекватные стратегии преодоления тесно ассоциированы с аффективными расстройствами и снижением качества жизни пациентов, перенёсших инсульт. Хотя используемые копинг-стратегии определяются множеством немодифицируемых факторов (таких, как образование, пол, локализация инсульта), было показано, что они меняются со временем.

**Цель.** Лонгитудинальное изучение копинг-стратегий и ассоциированных с ними факторов у пациентов с первым церебральным инсультом.

**Материал и методы.** Работа была частью проспективного наблюдения за когортой больных с первым церебральным инсультом. Пациенты проходили стандартное психиатрическое, неврологическое и когнитивное обследование, компьютерную томографию. Пациенты без афазии, выраженной астении, с сохранным зрением заполняли опросник Амирхана на выявление копинг-стратегий (87 пациентов заполнили опросник на 1-й неделе инсульта, 45 — на 2-й, 20 больных — спустя 3 мес, 21 — через 6 мес, 33 — спустя год после инсульта). Для исследования взаимосвязей между переменными использована непараметрическая статистика.

**Результаты.** Различные стратегии преодоления не определялись возрастом, полом, тяжестью неврологического дефицита. Отмечены отдельные корреляции с уровнем образования, рабочим статусом, когнитивными нарушениями, объёмом очага инсульта и локализацией поражения. Зарегистрированы различия использования копинг-стратегий в зависимости от срока манифестации депрессии: в группе постинсультных депрессий, манифестировавших в раннем восстановительном периоде и позднее, в остром периоде показатели копинг-стратегий не отличаются от контроля, однако с момента манифестации депрессии на сроке 3 и 6 мес пациенты этой группы начинают применять больше стратегий избегания. В группе предынсультных депрессий отмечено достоверное увеличение использования пациентами стратегии избегания на 1-й неделе инсульта,

**Выводы.** Лонгитудинальное исследование копинг-стратегий показало, что применение различных стратегий преодоления — крайне динамичный процесс, определяемый действием большого количества модифицируемых и немодифицируемых факторов и их сочетанием. Копинг-стратегии не были предикторами депрессии, а наоборот, манифестирующая депрессия становилась причиной изменения использования копинг-стратегий.

**Ключевые слова:** копинг-стратегии, стратегии преодоления, инсульт, депрессия, постинсультная депрессия.

### Для цитирования:

Савина М.А., Петрова Е.А., Кольцова Е.А. Лонгитудинальное исследование копинг-стратегий у пациентов, перенёсших первый церебральный инсульт: соотношение с когнитивной дисфункцией, локализацией очага поражения и депрессией // Неврологический вестник. 2023. Т. LV. Вып. 2. С. 31–41. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb253252>.



DOI: <https://doi.org/10.17816/nb253252>

## Longitudinal study of coping strategies in first-time stroke patients: association with cognitive dysfunction, stroke site and depression

Maria A. Savina<sup>1</sup>, Elizaveta A. Petrova<sup>2</sup>, Eugenia A. Koltsova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Research Center of personalized medicine, Moscow, Russia

<sup>2</sup>Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

*Corresponding author:* Maria A. Savina, [maria\\_savina@mail.ru](mailto:maria_savina@mail.ru)

### **ABSTRACT**

**BACKGROUND.** Inadequate coping strategies are associated with affective disorders and poor quality of life in stroke survivors. Although coping strategies are determined by several non-modifiable factors they have been shown to change over time.

**AIM.** Longitudinal assessment of coping strategies and associated factors in patients with first-ever stroke.

**MATERIAL AND METHODS.** This study was a part of prospective observational study of a cohort of patients with first-ever stroke. Patients underwent standard psychiatric, neurological and cognitive assessment and CT. Patients without aphasia, severe fatigue, eye problems fulfilled the coping strategies indicator (Amirkhan J.H., 1990): 87 patients in the first week after stroke, 45 patients in the second week, 20 patients in 3 months, 21 patients in 6 months, 33 patients in 1 year after stroke. Non-parametric statistics were used.

**RESULTS.** Different coping strategies were not determined by age, gender and severity of neurological deficit; there were some correlations with educational level, work status, cognitive dysfunction, stroke volume and lesion location. There were differences in the use of coping strategies in the groups with different depression manifestations: in the group with depression manifestations in the early recovery period and later, coping strategies did not differ from the control group in the acute stroke period, but since the manifestation of depression the amount of avoidance strategies increased. In the group with pre-stroke depression, a significant increase in avoidance strategies was observed in the first week after the stroke.

**CONCLUSIONS.** The longitudinal study of coping strategies revealed that the use of coping strategies is a dynamic process determined by several modifiable and non-modifiable factors in combination. Coping strategies were not predictors of depression; on the contrary, depression seems to influence the choice of coping strategies.

**Keywords:** *coping strategy, stroke, depression, post-stroke depression.*

### **For citation:**

Savina MA, Petrova EA, Koltsova EA. Longitudinal study of coping strategies in first-time stroke patients: association with cognitive dysfunction, stroke site and depression. *Neurology Bulletin.* 2023;LV(2):31–41. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb253252>.

## ВВЕДЕНИЕ

Инсульт — вторая по частоте причина смерти и третья причина, приводящая к инвалидности [1]. В то время как частота инсульта возрастает, а прогресс медицины приводит к увеличению количества выживших [2–4], растёт потребность в увеличении качества жизни пациентов, перенёвших инсульт, в том числе за счёт уменьшения частоты депрессии и тревоги [5–8].

Даже после малого инсульта, без инвалидизирующего поражения неврологических функций, пациенты ощущают его влияние на повседневную активность [9]. Больным приходится иметь дело не только с эмоциональным напряжением от факта, что они перенесли инсульт. Жизнь после инсульта включает изменения множества повседневных привычек в кратковременной и долговременной перспективе [10]. Даже при отсутствии физических ограничений многие пациенты не возвращаются к нормальной социальной жизни. Эти изменения в повседневной активности требуют применения стратегий преодоления (копинг-стратегии).

Копинг-стратегии определяют как продолжающиеся когнитивные и поведенческие усилия справиться с внешними и внутренними требованиями, выполнение которых требует затрат, зачастую превышающих ресурсы личности [11]. Тип копинга определяется, прежде всего, индивидуальными характеристиками (возрастом, полом), особенностями личности.

Считают, что высокий уровень актуализации личности, способствующий адекватным способам преодоления, — свойство личности, стабильное во времени и не зависящее от приключаемых событий [12]. Женщины используют больше копинг-стратегий, чем мужчины, люди с более высоким образованием используют меньше стратегий избегания [12, 13]. Выделяют адаптивные копинг-стратегии, с помощью которых можно изменить ситуацию (планирование, разрешение проблем), и неадаптивные копинг-стратегии, которые направлены на регуляцию эмоционального дистресса (молитва, избегание) [11].

Стратегии преодоления зависят и от заболевания, последствия которого приходится преодолевать. Показано, что пациенты с инсультом используют меньше активных, решающих проблемы стратегий [14]. То, как пациенты справляются с последствиями инсульта в каждодневной жизни, влияет на их психологическое состояние [15]. Применение неадекватных копинг-стра-

тегий — предиктор депрессии и тревоги в постинсультном периоде [12].

Пациенты с депрессией реже используют активные стратегии преодоления, чаще — стратегии избегания и магическое мышление [12, 16, 17]. Неадаптивные копинг-стратегии ассоциированы с худшим качеством жизни, связующее звено между стратегиями преодоления и показателями качества жизни — выраженность депрессивных расстройств [17].

В исследовании R. Kremer [18] было показано влияние локализации очага поражения на связь копинг-механизмов и депрессии: стратегия триавиллизации и магического мышления была повышена у депрессивных пациентов с поражением правого полушария. При поражении правого полушария эта стратегия оказывала негативный эффект и на психосоциальное функционирование пациентов. Для стратегий активного преодоления и разрешения проблем отвлечения локализация инсульта роли не играла. Подобной взаимосвязи не отмечено при поражении левого полушария.

Поскольку используемые копинг-стратегии определяются множеством немодифицируемых факторов (таких, как образование, пол, локализация инсульта), копинг-стратегии не должны существенно меняться во времени. В исследовании A. Rochette и соавт. [12] показана стабильность копинг-стратегии в разных временных точках после инсульта. Однако есть исследования [19], которые показывают, что стратегии преодоления могут меняться.

Множественность противоречий по многим вопросам, касающимся копинг-стратегий у пациентов, перенёвших инсульт, возможно, связана именно с динамичностью стратегий преодоления. При этом крайне актуальный вопрос стабильности копинг-стратегий во времени (а также их динамического соотношения с другими факторами) можно разрешить только в лонгитудинальных исследованиях, которых в данный момент недостаточно [18].

**Цель** данного исследования — лонгитудинальное изучение копинг-стратегий у пациентов с первым пещеребральным инсультом и ассоциированных с ними модифицируемых и немодифицируемых факторов.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Работа была частью проспективного наблюдения за когортой из 348 больных (в их числе 185 мужчин — 53,2%, 163 женщины — 46,8%,

средний возраст пациентов  $66 \pm 12$  лет), которое проведено в 2007–2009 гг. на кафедре фундаментальной и клинической неврологии ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет» на базе нейрореанимационного и неврологического отделений Городской клинической больницы №31.

Критерии включения: пациенты, поступившие в стационар в остром периоде первого церебрального инсульта. Критерии исключения: тяжёлые, угрожающие жизни соматические заболевания (в том числе онкологические), наличие физического дефекта, который мог бы воспрепятствовать восстановлению двигательных функций (ампутация конечности), отказ от обследования психиатром.

Регистрацию неврологического и психического статуса проводили одни и те же исследователи (невролог и психиатр) в стандартные дни: в 1–3-и, 7-е, 14-е, 21-е, 28-е сутки инсульта и через 3, 6 и 12 мес после инсульта.

Диагноз депрессии устанавливали в соответствии с критериями Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам 4-го издания (DSM-IV — от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders). Для оценки тяжести симптомов тревоги и депрессии использовали шкалу Гамильтона для оценки депрессии [19] и тревоги [20].

Оценка неврологического статуса и степени инвалидизации проведена с помощью шкалы тяжести инсульта Национальных институтов здоровья США (NIHSS — от англ. National Institute of Health Stroke Scale) [21] и шкалы Рэнкина [22] соответственно.

Выраженность когнитивной дисфункции оценивали с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE — от англ. Mini-Mental State Examination; в каждой точке наблюдения) и теста следования по маршруту [23] (на 14-е сутки, через 3, 6 и 12 мес). Поскольку нормативы по тесту следования по маршруту сильно зависели от возраста, в связи с большим разбросом возраста пациентов для сопоставления был использован показатель доли (%) среднего значения возрастной нормы.

Всем пациентам проводили компьютерную томографию головного мозга. При анализе размера очага инсульта было выделено три ранга: 1-й ранг — малый очаг, до 1 см, 2-й ранг — средний очаг, от 1 до 3 см, 3-й ранг — большой очаг, от 3 см и выше.

Пациенты без афазии, выраженной астении, с сохранным зрением заполняли опросник Амирхана на выявление копинг-стратегий [25]. В первой точке наблюдения (на 1-й неделе инсульта) опросник заполнили 87 пациентов (средний возраст  $62,85 \pm 11,94$  года, 44% женщин, балл NIHSS при поступлении  $6,02 \pm 2,27$ ), во второй точке (2–3-я неделя инсульта) — 45 человек (средний возраст  $62,28 \pm 12,74$  года, 33% женщин, балл NIHSS при поступлении  $6,24 \pm 2,46$ ), через 3 мес после инсульта — 20 больных (средний возраст  $63,20 \pm 10,46$  года, 40% женщин, балл NIHSS при поступлении  $5,56 \pm 2,42$ ), через 6 мес — 21 пациент (средний возраст  $60,00 \pm 11,22$  года, 42% женщин, балл NIHSS при поступлении  $6,45 \pm 2,54$ ), через 12 мес — 33 пациента (средний возраст  $59,39 \pm 13,30$  года, 36% женщин, балл NIHSS при поступлении  $6,00 \pm 2,19$ ). В разных временных точках в число заполнивших опросник Амирхана могли входить разные пациенты, в то же время чаще всего это были одни и те же больные. В число пациентов, заполнивших опросник во второй точке наблюдения, входили 38 пациентов, опрошенных в первой точке, на сроке 3 и 6 мес — по 19 пациентов, опрошенных в первой точке, на сроке 12 мес — 22 таких пациента.

Большая часть переменных исследования не подчинялась законам нормального распределения, поэтому для исследования соотношения копинг-стратегий друг с другом и с другими факторами в разных временных точках был использован коэффициент Спирмена. Для определения соотношения копинг-стратегий с депрессиями исследовали показатели копинга в разных группах [в группе без депрессий, в группе с постинсультными депрессиями (ПД), манифестировавшими в остром периоде, в группе с ПД, манифестировавшими позднее время и с прединсультными депрессиями]. При этом проводили сравнение всех групп по критерию Краскела–Уоллиса и попарно между двумя отдельными группами по критерию Манна–Уитни.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

У пациентов, перенёсших церебральный инсульт, были выявлены следующие копинг-стратегии: стратегия решения проблем, стратегия поиска эмоциональной поддержки, стратегии избегания.

Результаты корреляционного анализа показателей различных копинг-стратегий между собой в первой первой точке наблюдения, между

**Таблица 1.** Коэффициенты корреляции Спирмена между показателями различных копинг-стратегий между собой в первой первой точке наблюдения, между одноимёнными показателями копинг-стратегий первой точки и в другие сроки, между показателями копинг-стратегий и другими параметрами в разные сроки

Показатель	Начало острого периода			Конец острого периода			3 мес после инсульта			6 мес после инсульта			12 мес после инсульта		
	СРП	СПЭП	СИ	СРП	СПЭП	СИ	СРП	СПЭП	СИ	СРП	СПЭП	СИ	СРП	СПЭП	СИ
СРП, первая точка	1,0	0,280 (0,009)	-0,074 (0,496)	0,655 (0,000)	—	—	0,288 (0,232)	—	—	0,666 (0,002)	—	—	0,307 (0,165)	—	—
СПЭП, первая точка	—	1,0	0,219 (0,042)	—	0,523 (0,001)	—	—	0,070 (0,775)	—	—	0,502 (0,029)	—	—	0,434 (0,044)	—
СИ, первая точка	—	—	1,0	—	—	0,690 (0,000)	—	—	0,387 (0,102)	—	—	-0,071 (0,771)	—	—	0,725 (0,000)
Возраст, корреляция	-0,053 (0,626)	0,157 (0,147)	0,050 (0,646)	-0,251 (0,096)	-0,019 (0,904)	-0,028 (0,856)	-0,336 (0,147)	0,041 (0,863)	0,185 (0,435)	0,095 (0,683)	0,393 (0,078)	-0,084 (0,784)	0,165 (0,357)	0,182 (0,310)	0,033 (0,854)
Пол, корреляция	-0,149 (0,169)	0,269 (0,012)	0,132 (0,222)	-0,164 (0,282)	0,253 (0,094)	-0,188 (0,216)	-0,172 (0,468)	0,205 (0,387)	-0,036 (0,881)	0,040 (0,863)	0,351 (0,019)	-0,064 (0,783)	0,083 (0,686)	0,182 (0,310)	-0,329 (0,061)
Уровень образования, корреляция	-0,007 (0,950)	-0,259 (0,015)	-0,233 (0,030)	-0,078 (0,611)	-0,275 (0,068)	-0,377 (0,011)	0,011 (0,965)	-0,042 (0,865)	-0,477 (0,048)	-0,471 (0,031)	-0,133 (0,566)	-0,571 (0,007)	-0,073 (0,685)	-0,301 (0,088)	-0,234 (0,191)
Рабочий статус, корреляция	-0,031 (0,788)	-0,207 (0,055)	-0,323 (0,002)	0,093 (0,549)	-0,153 (0,321)	-0,008 (0,961)	0,155 (0,514)	-0,086 (0,720)	-0,363 (0,116)	-0,393 (0,078)	-0,422 (0,056)	-0,216 (0,346)	0,007 (0,969)	-0,205 (0,253)	-0,247 (0,166)
Объём очага инсульта, корреляция	-0,283 (0,020)	-0,095 (0,440)	0,082 (0,506)	-0,175 (0,299)	-0,140 (0,409)	-0,070 (0,682)	-0,043 (0,873)	0,385 (0,141)	0,141 (0,603)	0,102 (0,729)	0,550 (0,041)	0,066 (0,822)	-0,133 (0,493)	0,238 (0,214)	0,281 (0,140)
Исходный балл NIHSS, корреляция	0,068 (0,621)	-0,063 (0,645)	-0,021 (0,880)	0,114 (0,632)	0,139 (0,559)	-0,315 (0,176)	0,254 (0,325)	0,101 (0,700)	0,450 (0,070)	0,430 (0,163)	-0,086 (0,789)	0,321 (0,309)	-0,217 (0,403)	0,334 (0,190)	0,199 (0,445)
Балл по шкале Рэнкина в точке наблюдения, корреляция	0,048 (0,749)	-0,162 (0,275)	0,137 (0,357)	0,134 (0,678)	0,292 (0,358)	-0,197 (0,540)	-0,299 (0,401)	-0,059 (0,872)	0,573 (0,109)	-0,053 (0,893)	0,104 (0,879)	0,522 (0,150)	-0,211 (0,586)	0,000 (1,000)	0,485 (0,185)
Балл MMSE	0,255 (0,027)	-0,050 (0,668)	-0,210 (0,070)	-0,008 (0,963)	-0,344 (0,030)	-0,383 (0,015)	-0,085 (0,762)	-0,221 (0,430)	-0,730 (0,002)	0,204 (0,416)	-0,114 (0,658)	-0,324 (0,190)	0,150 (0,414)	-0,107 (0,558)	0,076 (0,681)
ТМТ-В, с, доля возрастной нормы, %	н/п	н/п	н/п	0,148 (0,338)	0,257 (0,092)	0,321 (0,034)	-0,047 (0,858)	-0,004 (0,989)	0,677 (0,003)	0,020 (0,934)	0,171 (0,485)	0,579 (0,009)	-0,202 (0,285)	0,013 (0,945)	0,159 (0,400)

Примечание. СРП — стратегия разрешения проблем; СПЭП — стратегия поиска эмоциональной поддержки; СИ — стратегия избегания; ТМТ (от англ. Trail Making Test) — тест следования по маршруту/тест прокладывания пути; н/п — не проводился. В скобках показано значение *p*. Клетки со значимыми коэффициентами корреляции выделены серым цветом.

**Таблица 2.** Показатели копинг-стратегий в разные сроки у пациентов с поражением левого и правого полушарий головного мозга, а также ствола головного мозга и мозжечка. Серым выделены достоверные различия между тремя группами

Стратегии	Левое полушарие	Правое полушарие	Ствол и мозжечок,	Критерий; p
Начало острого периода				
Стратегии	n=30	n=29	n=28	Критерий; p
Стратегия разрешения проблем	28,3	27,6	26,9	$\chi^2(2)=2,074$ ; p=0,354
Стратегия поиска эмоциональной поддержки	22,2	21,5	22,3	$\chi^2(3)=0,664$ ; p=0,718
Стратегия избегания	20,1	18,8	19,2	$\chi^2(3)=0,515$ ; p=0,773
Конец острого периода				
Стратегии	n=10	n=18	n=17	Критерий; p
Стратегия разрешения проблем, баллы	27,3	27,4	26,0	$\chi^2(2)=1,085$ ; p=0,581
Стратегия поиска эмоциональной поддержки, баллы	17,7, A, B	23,1	21,6	$\chi^2(3)=6,587$ ; p=0,037
Стратегия избегания, баллы	19,3	17,5	18,1	$\chi^2(3)=1,506$ ; p=0,471
3 мес после инсульта				
Стратегии	n=10	n=2	n=8	Критерий; p
Стратегия разрешения проблем, баллы	30,2	26,0	29,3	$\chi^2(2)=2,629$ ; p=0,269
Стратегия поиска эмоциональной поддержки, баллы	24,4	17,0	22,3	$\chi^2(3)=3,156$ ; p=0,206
Стратегия избегания, баллы	20,9, C	16,0	18,8	$\chi^2(3)=4,463$ ; p=0,107
6 мес после инсульта				
Стратегии	n=8	n=6	n=7	Критерий; p
Стратегия разрешения проблем, баллы	30,1, D	26,5	27,0	$\chi^2(2)=4,038$ ; p=0,133
Стратегия поиска эмоциональной поддержки, баллы	28,3, E, F	22,5	22,4	$\chi^2(3)=6,141$ ; p=0,046
Стратегия избегания, баллы	20,8	19,8	20,0	$\chi^2(3)=0,087$ ; p=0,958
12 мес после инсульта				
Стратегии	n=12	n=9	n=12	Критерий; p
Стратегия разрешения проблем, баллы	25,6	25,2	27,5	$\chi^2(3)=1,288$ ; p=0,525
Стратегия поиска эмоциональной поддержки, баллы	25,1, G, H	19,9	20,1	$\chi^2(3)=3,123$ ; p=0,127
Стратегия избегания, баллы	20,9	19,7	19,1	$\chi^2(3)=2,484$ ; p=0,289

Примечание: A — отличия от группы с поражением правого полушария; U=33,5; p=0,012; B — отличия от группы с поражением ствола и мозжечка; U=36,5; p=0,043; C — отличия от группы с поражением правого полушария; U=1,0; p=0,061; D — отличия от группы с поражением правого полушария; U=10,0; p=0,081; E — отличия от группы с поражением правого полушария; U=9,5; p=0,059; F — отличия от группы с поражением ствола и мозжечка; U=8,5; p=0,021; G — отличия от группы с поражением ствола и мозжечка; U=33,5; p=0,012; H — отличия от группы с поражением ствола и мозжечка; U=40,5; p=0,068. Серым выделены достоверные различия между тремя группами

одноимёнными показателями копинг-стратегий первой точки и в другие сроки, между показателями копинг-стратегий и другими параметрами в разные сроки представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, в остром периоде инсульта стратегии поиска эмоциональной поддержки слабо коррелировали с наличием стратегий избегания.

В более поздние сроки показатели копинг-стратегий часто коррелировали с аналогичными показателями первой точки: значимая положительная корреляция для стратегии решения проблем отмечена во второй точке и через 6 мес, для стратегии поиска эмоциональной поддержки — во второй точке и спустя 6 и 12 мес, для стратегий избегания — в конце острого периода и через 12 мес.

Применение различных стратегий преодоления не зависело от возраста и незначительно зависело от пола: в первой точке наблюдения стратегия поиска эмоциональной поддержки была больше выражена у женщин.

В разные сроки зарегистрированы корреляции между уровнем образования и используемыми стратегиями преодоления: в первые 6 мес постинсультного периода отмечены более низкие показатели стратегии избегания у пациентов с более высоким уровнем образования, кроме того, пациенты с более высоким уровнем образования реже используют стратегию поиска эмоциональной поддержки в 1-ю неделю инсульта и стратегию разрешения проблем через 6 мес.

Зафиксированы единичные значимые корреляции с рабочим статусом: пациенты, работавшие до инсульта, реже использовали стратегии избегания в первой точке наблюдения.

Кроме того, есть отдельные корреляции между используемыми копинг-стратегиями и рангом очага инсульта: пациенты с более крупными очагами реже использовали стратегию разрешения проблем на 1-й неделе инсульта и чаще применяли стратегию поиска эмоциональной поддержки через 6 мес после инсульта.

Не отмечено значимых корреляций между показателями стратегий преодоления и баллами по шкалам NIHSS и Рэнкина, как исходными, так и в соответствующей точке обследования. Однако обнаружено несколько значимых корреляций между этими показателями и параметрами когнитивной дисфункции: пациенты с худшим состоянием регуляторных функций (тест следования по маршруту, часть В) на протяжении первых 6 мес после инсульта использовали больше стратегии избегания.

Это же касалось пациентов с более низким баллом по MMSE в конце острого периода и через 3 мес после инсульта. Кроме того, пациенты с более низким баллом по MMSE использовали больше стратегий поиска эмоциональной поддержки во второй точке наблюдения и меньше стратегий разрешения проблем — в первой.

Неоднозначный характер взаимосвязи ранга очага инсульта с применяемыми копинг-стратегиями заставил нас более подробно проанализировать стратегии преодоления, применяемые пациентами с поражениями разных локализаций. Данные о показателях копинг-стратегий у больных с поражением левого полушария, правого полушария, ствола головного мозга и мозжечка приведены в табл. 2.

Как видно в табл. 2, были достоверные различия между тремя группами в конце острого периода и через 6 мес после инсульта: на 2–3-й неделе инсульта пациенты с поражением левого полушария используют меньше стратегий поиска эмоциональной поддержки (возможно, из-за лёгкой афазии), а спустя полгода (и позднее) эти пациенты больше пользуются данной стратегией. Изменение используемых стратегий при поражении левого полушария нельзя было объяснить связью с депрессией, поскольку увеличения частоты депрессии при какой-либо локализации инсульта обнаружено не было.

Поскольку копинг-стратегии — предикторы депрессивных расстройств, важным аспектом исследования стало изучение соотношения стратегий преодоления у пациентов с депрессиями. При этом лонгитудинальный характер исследования позволил проанализировать показатели копинг-стратегий как на момент депрессии (группа с ПД острого периода и предынсультными депрессиями), так и до её появления (в группе депрессий, манифестировавших на сроке 3 мес после инсульта и позднее).

Как видно из табл. 3, достоверных межгрупповых различий между пятью группами не было. Однако примечательны результаты сравнения группы с ПД острого периода и группы с ПД, манифестировавшими позднее: в начале острого периода пациенты с ПД, манифестировавшими на этом сроке (то есть на момент существования депрессии), используют больше стратегий поиска эмоциональной поддержки (на 1-й неделе) и больше стратегий решения проблем, лишь на 2–3-й неделе у них появляется больше стратегий избегания. В группе ПД, манифестировавших в

**Таблица 3.** Показатели копинг-стратегий в разных группах: у пациентов без депрессий, с постинсультными депрессиями острого периода, с постинсультными депрессиями, манифестировавшими позднее, и с предынсультными депрессиями

Стратегии	Все пациенты	Нет депрессии	Депрессия острого периода	Депрессия раннего восстановительного периода	Предынсультные депрессии	KW между пятью группами; p
Начало острого периода						
Стратегии	n=87	n=50	n=10	n=14	n=13	KW; p
Стратегия разрешения проблем, баллы	27,7	28,3	25,4, A	27,8	26,6	$\chi^2(3)=4,113$ ; p=0,249
Стратегия поиска эмоциональной поддержки, баллы	22,3	22,2	25,3, B	21,7	20,8	$\chi^2(3)=3,818$ ; p=0,282
Стратегия избегания, баллы	19,4	18,9	19,9	19,4	21,1, C	$\chi^2(3)=5,033$ ; p=0,169
Конец острого периода						
Стратегии	n=45	n=30	n=5	n=4	n=6	KW; p
Стратегия разрешения проблем, баллы	26,9	26,3	27,4	30,0	27,3	$\chi^2(3)=2,187$ ; p=0,534
Стратегия поиска эмоциональной поддержки, баллы	21,4	21,4	23,0	17,5	22,5	$\chi^2(3)=2,810$ ; p=0,422
Стратегия избегания, баллы	18,4	18,3	20,8, D	15,5, E	18,7	$\chi^2(3)=7,761$ ; p=0,080
3 мес после инсульта						
Стратегии	n=20	n=7	n=4	n=5	n=4	KW; p
Стратегия разрешения проблем, баллы	29,4	30,7	29,0	29,8	27,0	$\chi^2(3)=2,962$ ; p=0,398
Стратегия поиска эмоциональной поддержки, баллы	22,8	21,4	24,5	22,2	24,8	$\chi^2(3)=1,601$ ; p=0,659
Стратегия избегания, баллы	19,5	18,9	18,5	21,2	19,8	$\chi^2(3)=2,008$ ; p=0,571
6 мес после инсульта						
Стратегии	n=21	n=12	n=2	n=3	n=4	KW; p
Стратегия разрешения проблем, баллы	28,0	27,2	29,0	31,3, F	27,8	$\chi^2(3)=3,141$ ; p=0,370
Стратегия поиска эмоциональной поддержки, баллы	24,7	22,5	27,5	26,3	28,5 G	$\chi^2(3)=5,414$ ; p=0,144
Стратегия избегания, баллы	20,2	19,1	19,5	23,0, H	22,0	$\chi^2(3)=4,230$ ; p=0,238
12 мес после инсульта						
Стратегии	n=33	n=17	n=5	n=4	n=7	KW; p
Стратегия разрешения проблем, баллы	26,2	26,5	27,4	27,5	23,7	$\chi^2(3)=2,001$ ; p=0,572
Стратегия поиска эмоциональной поддержки, баллы	21,8	20,6	23,6	26,0	21,3	$\chi^2(3)=4,144$ ; p=0,246
Стратегия избегания, баллы	19,9	18,9	22,2, I	21,3	19,9	$\chi^2(3)=4,214$ ; p=0,239

Примечание: A — отличия от группы без депрессий; U=156,0; p=0,061; B — отличия от группы без депрессий; U=161,5; p=0,078; C — отличия от группы без депрессий; U=201,0; p=0,035; D — отличия от группы без депрессий; U=38,5; p=0,086; E — отличия от группы депрессий острого периода; U=10,0; p=0,016; F — отличия от группы без депрессий; U=5,5; p=0,070; G — отличия от группы без депрессий; U=7,0; p=0,042; H — отличия от группы без депрессий; U=5,5; p=0,070; I — отличия от группы без депрессий; U=19,0; p=0,071.

раннем восстановительном периоде и позднее, в остром периоде показатели копинг-стратегий не отличаются от контроля, а в конце острого периода показатель стратегий избегания меньше, чем в других группах. Однако с момента манифестации депрессии на сроке 3 и 6 мес пациенты этой группы начинают применять больше стратегий избегания. Это показывает, что, возможно, не стратегии избегания становятся предикторами депрессии, а депрессия является предиктором более частого использования стратегий избегания.

В группе прединсультных депрессий выявлено достоверное увеличение использования пациентами стратегии избегания на 1-й неделе инсульта, что совпадает с временем максимальной выраженности проявлений прединсультной депрессии.

## ОБСУЖДЕНИЕ

В нашем исследовании применение различных копинг-стратегий определялось множественными факторами, как немодифицируемыми (пол, образование, когнитивная дисфункция, объём очага инсульта, локализация инсульта), так и модифицируемыми. Воздействие немодифицируемых факторов в нашем исследовании совпадает с описанным в литературе (пол, образование, когнитивная дисфункция, объём очага инсульта).

Новым было неоднозначное соотношение копинг-стратегий с локализацией очага инсульта: в конце острого периода пациенты с поражением левого полушария используют меньше стратегий поиска эмоциональной поддержки (возможно, из-за афатических нарушений), а через полгода (возможно, компенсаторно) эти пациенты больше пользуются данной стратегией.

К модифицируемым факторам можно было отнести общую жизненную ситуацию (женщины в нашем исследовании использовали стратегию поиска эмоциональной поддержки, только находясь в нейрореанимационном отделении, а не позднее в момент перемещения в неврологиче-

ское отделение или домашнюю обстановку) и появление депрессии.

В связи с большим влиянием модифицируемых факторов влияние ни одного немодифицируемого фактора не было стабильным. Это можно проследить и на корреляциях показателей копинг-стратегий с исходными показателями: в определённых точках наблюдения они полностью пропадают, но присутствуют в других.

Интересно, что в нашем исследовании используемые копинг-стратегии не были предикторами депрессии, а наоборот, манифестирующая депрессия становилась причиной изменения использования копинг-стратегий.

В целом применение различных стратегий преодоления — крайне динамичный процесс, определяемый действием большого количества модифицируемых и немодифицируемых факторов и их сочетанием. Динамичный характер поведения преодоления требует большего количества продольных исследований, которые могли бы пролить свет на закономерности подобной динамики. Практическим результатом подобных исследований стали бы мероприятия по стимулированию выбора адаптивных стратегий копинга.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНО

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Вклад авторов.** *Савина М.А.* — создание дизайна исследования, сбор материала, написание статьи; *Петрова Е.А.* — участие в сборе материала, обсуждении, оформлении статьи; *Кольцова Е.А.* — участие в обсуждении результатов, оформлении статьи.

**Funding.** This publication was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflicts of interests.

**Contribution of the authors.** *M.A. Savina* — created of research design, collected and analysed the data, wrote the article; *E.A. Petrova* — participated in the collection of material, discussion, design of the article; *E.A. Koltsova* — participation in the discussion of the results, article design.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Feigin V.L., Krishnamurthi R.V., Parmar P.A. et al. Update on the global burden of ischemic and hemorrhagic stroke in 1990–2013 // *Neuroepidemiology*. 2015. Vol. 45. P. 161–176. DOI: 10.1159/000441085.
2. Gorelick P. The global burden of stroke: Persistent and disabling // *Lancet Neurology*. 2019. N. 18. P. 417–418. DOI: 10.1016/S1474-4422(19)30030-4.
3. Warner J.J., Harrington R.A., Sacco R.L. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019

update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke // *Stroke*. 2019. Vol. 50. P. 3331–3332.

4. Seminog O., Scarborough P., Wright F. et al. Determinants of the decline in mortality from acute stroke in England: Linked national database study of 795 869 adults // *BMJ*. 2019. N. 365. P. 1778. DOI: 10.1136/bmj.11778.

5. Abubakar S., Isezuo S. Health related quality of life of stroke survivors: Experience of a stroke unit // *International Journal of Biomedical Science*. 2012. N. 8. P. 183–187.



6. Cumming T., Blomstrand C., Skoog I. The high prevalence of anxiety disorders after stroke // *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016. N. 24. P. 154–160. DOI: 10.1016/j.jagp.2015.06.003.
7. Campbell B., Murray J., Holmes J. et al. Frequency of anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis of observational studies // *International Journal of Stroke*. 2012. N. 8. P. 545–559. DOI: 10.1111/j.1747-4949.2012.00906.
8. Lincoln N., Brinkmann N., Cunningham S. et al. Anxiety and depression after stroke: A 5 year follow-up // *Disability and Rehabilitation*. 2013. N. 35. P. 140–145. DOI: 10.3109/09638288.2012.691939.
9. Adamit T., Maeir A., Assayag E. et al. Impact of first-ever mild stroke on participation at 3 and 6 month post-event: The TABASCO study // *Disabil. Rehabil.* 2015. N. 37. P. 667–673. DOI: 10.3109/09638288.2014.923523.
10. Peoples H., Satink T., Steultjens E. Stroke survivors' experiences of rehabilitation: A systematic review of qualitative studies // *Scand. J. Occup. Ther.* 2011. N. 18. P. 163–171. DOI: 10.3109/11038128.2010.509887.
11. Lazarus R.S. Coping theory and research: Past, present and future // *Psychosomatic Medicine*. 1993. N. 55. P. 234–247.
12. Rochette A., Desrosiers J. Coping with the consequences of a stroke // *Int. J. Rehabil. Res.* 2002. Vol. 25. N. 1. P. 17–24. DOI: 10.1097/00004356-200203000-00003. PMID: 11953711.
13. Calderon C., Gomez D., Carmona-Bayonas A. et al. Social support, coping strategies and sociodemographic factors in women with breast cancer // *Clin. Transl. Oncol.* 2021. Vol. 23. N. 9. P. 1955–1960. DOI: 10.1007/s12094-021-02592-y. PMID: 33840046.
14. Herrmann M., Curio N., Petz T. et al. Coping with illness after brain diseases: Comparison between patients with malignant brain tumors, stroke, Parkinson's disease and traumatic brain injury // *Disabil. Rehabil.* 2000. N. 22. P. 539–546.
15. Visser-Meily J.M., Rhebergen M.L., Rinkel G.J. et al. Long-term health-related quality of life after aneurysmal subarachnoid hemorrhage relationship with psychological symptoms and personality characteristics // *Stroke*. 2009. Vol. 40. P. 1526–1529.
16. Wolters G., Stapert S., Brands I. Coping styles in relation to cognitive rehabilitation and quality of life after brain injury // *Neuropsychol. Rehabil.* 2010. N. 20. P. 587–600.
17. Wei C., Gao J., Chen L. et al. Factors associated with post-stroke depression and emotional incontinence: Lesion location and coping styles // *Int. J. Neurosci.* 2016. Vol. 126. N. 7. P. 623–629. DOI: 10.3109/00207454.2015.1051045.
18. Kremer R. The influence of stroke laterality on coping with stroke outcome // *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 2004. Vol. 54. N. 7. P. 298–302. DOI: 10.1055/s-2003-814972. PMID: 15227588.
19. Backhaus S.L., Ibarra S.L., Trexler L.E. Brain injury coping skills group: A preventative intervention for patients with brain injury and their caregivers // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2010. Vol. 91. P. 840–848.
20. Hamilton M. A rating scale for depression // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 1960. Vol. 23. N. 1. P. 56–62. DOI: 10.1136/jnnp.23.1.56.
21. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating // *Br. J. Med. Psychol.* 1959. Vol. 32. N. 1. P. 50–55. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x.
22. Brott T., Adams H.P. Jr., Olinger C.P. et al. Measurements of acute cerebral infarction: A clinical examination scale // *Stroke*. 1989. Vol. 20. N. 7. P. 864–870. DOI: 10.1161/01.str.20.7.864.
23. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. М.: Практическая медицина. 2018. 650 с.
24. Partington J., Leiter R. Partington's pathway test // *Psychol. Serv. Cent. Bull.* 1949. N. 1. P. 9–20.
25. Amirkhan J.H. A factor analytically derived measure of coping: the coping strategy indicator // *J. Personal. Soc. Psychol.* 1990. Vol. 59. P. 1066–1074.

## REFERENCES

1. Feigin VL, Krishnamurthi RV, Parmar PA et al. Update on the global burden of ischemic and hemorrhagic stroke in 1990–2013. *Neuroepidemiology*. 2015;45:161–176. DOI: 10.1159/000441085.
2. Gorelick P. The global burden of stroke: Persistent and disabling. *Lancet Neurology*. 2019;(18):417–418. DOI: 10.1016/S1474-4422(19)30030-4.
3. Warner JJ, Harrington RA, Sacco RL. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke. *Stroke*. 2019;50:3331–3332.
4. Seminog O, Scarborough P, Wright F et al. Determinants of the decline in mortality from acute stroke in England: Linked national database study of 795 869 adults. *BMJ*. 2019;(365):1778. DOI: 10.1136/bmj.11778.
5. Abubakar S, Isezuo S. Health related quality of life of stroke survivors: Experience of a stroke unit. *International Journal of Biomedical Science*. 2012;(8):183–187.
6. Cumming T, Blomstrand C, Skoog I. The high prevalence of anxiety disorders after stroke. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016;(24):154–160. DOI: 10.1016/j.jagp.2015.06.003.
7. Campbell B, Murray J, Holmes J et al. Frequency of anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke*. 2012;(8):545–559. DOI: 10.1111/j.1747-4949.2012.00906.
8. Lincoln N, Brinkmann N, Cunningham S et al. Anxiety and depression after stroke: A 5 year follow-up. *Disability and Rehabilitation*. 2013;(35):140–145. DOI: 10.3109/09638288.2012.691939.
9. Adamit T, Maeir A, Assayag E et al. Impact of first-ever mild stroke on participation at 3 and 6 month post-event: The TABASCO study. *Disabil Rehabil*. 2015;(37):667–673. DOI: 10.3109/09638288.2014.923523.
10. Peoples H, Satink T, Steultjens E. Stroke survivors' experiences of rehabilitation: A systematic review of qualitative studies. *Scand J Occup Ther*. 2011;(18):163–171. DOI: 10.3109/11038128.2010.509887.
11. Lazarus RS. Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine*. 1993;(55):234–247.
12. Rochette A, Desrosiers J. Coping with the consequences of a stroke. *Int J Rehabil Res*. 2002;25(1):17–24. DOI: 10.1097/00004356-200203000-00003. PMID: 11953711.
13. Calderon C, Gomez D, Carmona-Bayonas A et al. Social support, coping strategies and sociodemographic factors in women with breast cancer. *Clin Transl Oncol*. 2021;23(9):1955–1960. DOI: 10.1007/s12094-021-02592-y. PMID: 33840046.
14. Herrmann M, Curio N, Petz T et al. Coping with illness after brain diseases: Comparison between patients with malignant brain tumors, stroke, Parkinson's disease and traumatic brain injury. *Disabil Rehabil*. 2000;(22):539–546.

15. Visser-Meily JM, Rhebergen ML, Rinkel GJ et al. Long-term health-related quality of life after aneurysmal subarachnoid hemorrhage relationship with psychological symptoms and personality characteristics. *Stroke*. 2009;40:1526–1529.
16. Wolters G, Stapert S, Brands I. Coping styles in relation to cognitive rehabilitation and quality of life after brain injury. *Neuropsychol Rehabil*. 2010;(20):587–600.
17. Wei C, Gao J, Chen L et al. Factors associated with post-stroke depression and emotional incontinence: Lesion location and coping styles. *Int J Neurosci*. 2016;126(7):623–629. DOI: 10.3109/00207454.2015.1051045.
18. Kremer R. The influence of stroke laterality on coping with stroke outcome. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2004;54(7):298–302. DOI: 10.1055/s-2003-814972. PMID: 15227588.
19. Backhaus SL, Ibarra SL, Trexler LE. Brain injury coping skills group: A preventative intervention for patients with brain injury and their caregivers. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91:840–848.
20. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23(1):56–62. DOI: 10.1136/jnnp.23.1.56.
21. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32(1):50–55. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x.
22. Brott T, Adams HP Jr, Olinger CP et al. Measurements of acute cerebral infarction: A clinical examination scale. *Stroke*. 1989;20(7):864–870. DOI: 10.1161/01.str.20.7.864.
23. Belova AN. *Shkaly, testy i oprosniki v nevrologii i neyrohirurgii*. M.: Prakticheskaya medicina; 2018. 650 p. (In Russ.)
24. Partington J, Leiter R. Partington's pathway test. *Psychol Serv Cent Bull*. 1949;(1):9–20.
25. Amirkhan JH. A factor analytically derived measure of coping: the coping strategy indicator. *J Personal Soc Psychol*. 1990;59:1066–1074.

## ОБ АВТОРАХ

**Савина Мария Александровна**, докт. мед. наук, научный сотрудник;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0086-5704>;  
eLibrary SPIN: 4263-6839;  
e-mail: [maria\\_savina@mail.ru](mailto:maria_savina@mail.ru)

**Петрова Елизавета Алексеевна**, докт. мед. наук, проф., каф. неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9679-7899>;  
eLibrary SPIN: 8113-6541;  
e-mail: [6332011@mail.ru](mailto:6332011@mail.ru)

**Кольцова Евгения Александровна**, докт. мед. наук, проф., каф. неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики;  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6459-2656>;  
eLibrary SPIN: 5066-6223;  
e-mail: [koltsovaevg@gmail.com](mailto:koltsovaevg@gmail.com)

## AUTHOR'S INFO

**Maria A. Savina**, M.D., D. Sci. (Med.), Research Associate;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0086-5704>;  
eLibrary SPIN: 4263-6839;  
e-mail: [maria\\_savina@mail.ru](mailto:maria_savina@mail.ru)

**Elizaveta A. Petrova**, M.D., D. Sci. (Med.), Prof., Depart. of Neurology, Neurosurgery and Neurogenetics;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9679-7899>;  
eLibrary SPIN: 8113-6541;  
e-mail: [6332011@mail.ru](mailto:6332011@mail.ru)

**Eugenia A. Koltsova**, M.D., D. Sci. (Med.), Prof., Depart. of Neurology, Neurosurgery and Neurogenetics;  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6459-2656>;  
eLibrary SPIN: 5066-6223;  
e-mail: [koltsovaevg@gmail.com](mailto:koltsovaevg@gmail.com)

УДК: 616.89-02-085

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb397585>

## Удовлетворённость жизнью как фактор комплайентности больных шизофренией

В.В. Руженкова<sup>1,2</sup>, И.С. Хамская<sup>1</sup>, К.Ю. Ретюнский<sup>1</sup>, А.В. Боева<sup>1</sup>,  
О.В. Жигулина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия

<sup>2</sup>Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница, Белгород, Россия

Автор, ответственный за переписку: Виктория Викторовна Руженкова, [ruzhenkova@yandex.ru](mailto:ruzhenkova@yandex.ru)

### АННОТАЦИЯ

**Обоснование.** Одна из главных проблем пациентов психиатрической клиники — несоблюдение режима лечения с последующими частыми обострениями и социальной дезадаптацией. По некоторым данным, около 30–50% пациентов полностью отказываются от лечения после госпитализации или принимают медикаменты в сниженных дозах.

**Цель.** Изучение взаимосвязи удовлетворённости жизнью и комплайентности пациентов с шизофренией.

**Материал и методы.** За неделю до выписки были обследованы 157 пациентов с диагнозом «шизофрения» в возрасте от 23 до 52 лет (средний возраст 38,5±8,1 года). Основными методами исследования были: клиничко-психопатологический, клиничко-динамический, психометрический (шкала комплайентности DAI-10, тест Q-LES-Q-SF для оценки степени удовлетворённости жизнью, шкала безнадёжности Бека, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS) и статистический (описательная статистика, критерий  $\chi^2$  с поправкой Йейтса для таблиц сопряжённости 2×2, корреляционный анализ — коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

**Результаты.** Установлено, что полностью комплайентными оказались 11,4% пациентов мужского и 20,7% женского пола. Принимали лекарственные препараты под контролем со стороны родственников треть мужчин и половина женщин. Удовлетворённость жизнью в целом отмечали 12,6% пациентов без гендерных различий. Значительная часть пациентов (43,3%) испытывали чувство неудовлетворённости, причём мужчины в 2 раза чаще, чем женщины. Значительная часть пациентов на момент выписки склонны переоценивать своё настроение, что следует из несоответствия субъективной и объективной оценок. Выраженные депрессия, тревога и чувство безнадёжности повышали неудовлетворённость пациентов всеми параметрами обыденной жизни. В свою очередь, комплайентность пациентов напрямую зависит от их настроения, способности работать, выполнять обыденные обязанности по дому и взаимоотношений с окружающими, что становится проблематичным при тревоге, депрессии и чувстве безнадёжности.

**Вывод.** Комплайентность прямо коррелирует с качеством жизни, удовлетворённостью ею, физическим состоянием пациента, благоприятными семейными отношениями, хорошим настроением, наличием и удовлетворённостью работой.

**Ключевые слова:** шизофрения, комплайентность, качество жизни, социальная фрустрация, депрессия, тревога, безнадёжность.

### Для цитирования:

Руженкова В.В., Хамская И.С., Ретюнский К.Ю., Боева А.В., Жигулина О.В. Удовлетворённость жизнью как фактор комплайентности больных шизофренией // Неврологический вестник. 2023. Т. LV. Вып. 2. С. 42–51. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb397585>.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb397585>

## Satisfaction with life as a compliance factor of patients with schizophrenia

Victoria V. Ruzhenkova<sup>1,2</sup>, Inna S. Khamskaya<sup>1</sup>, Konstantin Yu. Retyunskiy<sup>1</sup>,  
Alevtina V. Boeva<sup>1</sup>, Oxana V. Zhigulina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Belgorod National Research University, Belgorod, Russia

<sup>2</sup>Belgorod Regional Clinical Psychoneurological Hospital, Belgorod, Russia

*Corresponding author:* Victoria V. Ruzhenkova, [ruzhenkova@yandex.ru](mailto:ruzhenkova@yandex.ru)

### ABSTRACT

**BACKGROUND.** One of the main problems of patients in a psychiatric clinic is non-compliance with the order of treatment, which leads to frequent exacerbations of the disease and social exclusion. According to some reports, about 30–50% of patients completely refuse treatment after hospitalization or take medications in reduced doses. Important among the factors affecting the compliance of patients with schizophrenia are the patient's personal characteristics, the severity of symptoms, criticism of the disease, substance abuse, side effects of drugs, features of therapeutic cooperation and other factors.

**AIM** was to analyse the relationship between life satisfaction and compliance in patients with schizophrenia.

**MATERIAL AND METHODS.** We examined 157 patients diagnosed with Schizophrenia aged 23 to 52 years ( $38.5 \pm 8.1$  years). The examination was carried out one week before discharge from the hospital. The main methods of the study were clinical-psychopathological, clinical-dynamic, psychometric (DAI-10 compliance scale, Q-LES-Q-SF test for assessing the degree of satisfaction with life, Beck hopelessness scale, hospital anxiety and depression scale — HADS), and statistical (descriptive statistics,  $\chi^2$  test with Yates correction for contingency tables  $2 \times 2$ , correlation analysis — Spearman's rank correlation coefficient).

**RESULTS.** It was found that only 11.4% of males and 20.7% of females were fully compliant. A third of the men and half of the women took medication under the supervision of relatives. Only 12.6% of patients with schizophrenia were satisfied with their lives (without gender differences). A significant proportion of patients (43.3%) experienced a feeling of dissatisfaction with life, and males are 2 times more likely than women. Also, some patients at the time of discharge overestimated their mood, which did not correspond to the subjective assessment. Severe depression, anxiety and a sense of hopelessness increased the patients' dissatisfaction with all parameters of everyday life. Compliance of patients directly depends on their mood, ability to work, perform everyday household duties and relationships with others, which becomes problematic with anxiety, depression and a sense of hopelessness.

**CONCLUSION.** Compliance is directly correlated with the quality of life, satisfaction with it, the physical condition of the patient, favourable family relationships, good mood, availability and job satisfaction.

**Keywords:** *schizophrenia, compliance, quality of life, social frustration, depression, anxiety, hopelessness.*

### For citation:

Ruzhenkova VV, Khamskaya IS, Retyunskiy KYu, Boeva AV, Zhigulina OV. Satisfaction with life as a compliance factor of patients with schizophrenia. *Neurology Bulletin*. 2023;LV(2):42–51. DOI: : <https://doi.org/10.17816/nb397585>.

## ВВЕДЕНИЕ

Единой теории, объясняющей проблему комплайентности у пациентов с шизофренией, нет, однако существует целый ряд мнений, основанных на множестве исследований, изучающих данный вопрос [1].

Так, на комплайентность больных шизофренией влияет целый ряд факторов: вид антипсихотической терапии и побочное действие лекарств [2], степень информированности пациента о заболевании и терапевтический альянс с врачом психиатром [3], наличие критики к заболеванию [4]. Более высокую комплайентность демонстрируют пациенты, принимающие атипичные антипсихотики [5].

Формирование комплайенса также зависит от особенностей внутренней картины болезни, осознания пациентами болезни и отношения к ней, состояния их когнитивной и эмоциональной сфер, используемых психологических защитных механизмов [6, 7].

В свою очередь, некомплайентные пациенты характеризуются высокой частотой злоупотребления психоактивными веществами, выраженными когнитивными нарушениями, депрессивной симптоматикой, низкой мотивацией к лечению [8].

По мнению других авторов, комплайенс обусловлен такими показателями, как качество жизни пациента [9] и степень удовлетворённости ею [10, 11]. Качество жизни пациентов, в свою очередь, зависит от целого ряда факторов: особенностей клинической картины заболевания, длительности проводимой терапии, дозировки лекарственных средств, наличия депрессивной симптоматики и многих других субъективных факторов [12]. Необходимо помнить, что большая часть больных оказываются неспособными к построению межличностных отношений, у них значительно снижается интерес к жизни, пропадают самоуважение и стремление к личностному росту, теряется потребность в прежних увлечениях и новых видах деятельности [13].

По этим причинам только принятие во внимание всех особенностей пациента и его заболевания, а также адекватная психофармакотерапия в сочетании с реабилитационными мероприятиями способны сформировать у пациента необходимую приверженность к лечению и улучшить его адаптационный потенциал [14, 15].

Таким образом, **целью** исследования стала разработка рекомендаций по актуализации

комплаентности больных шизофренией на основе изучения взаимосвязи факторов, её детерминирующих.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В течение 2018–2020 гг. на базе двух общепсихиатрических отделений ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница» обследованы 157 больных с диагнозом «шизофрения» в возрасте 23–52 лет (средний возраст  $38,5 \pm 8,1$  года): 70 (44,6%) пациентов мужского и 87 (55,4%) женского пола.

Возраст начала шизофренического процесса более чем в половине случаев (56,7%) был в диапазоне 21–30 лет. Продолжительность заболевания составляла от 1 до 33 лет ( $15,3 \pm 8,6$  года).

Критерии включения пациентов в исследование:

1) достоверно установленный диагноз шизофрении (соответствие критериям раздела F20 Международной классификации болезней 10-го пересмотра — МКБ-10);

2) добровольное информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии невключения:

1) диагноз, отличный от рубрики F20 МКБ-10;

2) наличие на момент осмотра выраженных когнитивных нарушений;

3) выраженные психотические симптомы, препятствующие выполнению процедур исследования.

Критерии исключения:

1) отказ пациента от участия в исследовании;

2) обострение заболевания в период проведения исследования и выявление иных критериев невключения.

Основными методами исследования были следующие:

– клинико-психопатологический;

– клинико-динамический;

– психометрический: шкала комплайентности DAI-10 (от англ. Drug Attitude Inventory — шкала оценки отношения к лекарственным препаратам), тест Q-LES-Q-SF (от англ. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire — шкала оценки качества жизни) для оценки степени удовлетворённости жизнью, шкала безнадёжности Бека, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS — от англ. Hospital Anxiety and Depression Scale);

– статистический: описательная статистика,

Таблица 1. Характеристика комплайентности по шкале DAI-10

№	Комплайентность	Мужчины		Женщины		Всего	
		n	%	n	%	n	%
1	Отсутствует	38	54,3	27	31,0	65	41,4
2	Под контролем	24	34,3	42	48,3	66	42,0
3	Имеется	8	11,4	18	20,7	26	16,6
ИТОГО		70	100,0	87	100,0	157	100,0

Примечание: DAI-10 (от англ. Drug Attitude Inventory) — шкала оценки отношения к лекарственным препаратам.

Таблица 2. Корреляционные взаимосвязи комплайентности

Корреляционные пары		r	p
Злоупотребление алкоголем	Комплайентность (DAI-10)	-0,218	0,007
	Тревога	0,333	0,00004
	Депрессия	0,324	0,00006
Чтение инструкций	Комплайентность (CRS)	-0,247	0,002
Доверие к диагностике и лечению	Комплайентность (DAI-10)	0,366	0,000002
	Комплайентность (CRS)	0,206	0,0098
Приём соматотропных лекарств	Комплайентность (CRS)	0,273	0,0005
Лечение в соматическом стационаре	Комплайентность (DAI-10)	0,326	0,00004

Примечание: CRS (от англ. Compliance Rating Scale) — шкала приверженности лечению.

критерий  $\chi^2$  с поправкой Йейтса для таблиц сопряжённости  $2 \times 2$ , корреляционный анализ (коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Изучение клинической картины шизофренического процесса показало, что в 93 (59,2%) случаях заболевание имело непрерывно-прогредиентный тип течения, а в остальных 64 (40,8%) — приступообразно-прогредиентный. Гендерных различий обнаружено не было.

Дебют шизофрении приходился на 13–36 лет ( $23,1 \pm 5,4$  года), с преобладанием (56,7%) возрастного диапазона 21–30 лет. Продолжительность заболевания составляла от 1 до 33 лет ( $15,3 \pm 8,6$  года).

В подавляющем большинстве случаев (85,4%) психическое состояние пациентов при поступлении в стационар характеризовалось преимущественно аффективно-бредовой и галлюцинозно-бредовой симптоматикой.

Изучение комплайентности пациентов при помощи теста DAI-10 (табл. 1) показало, что полностью комплайентными оказались только 11,4% мужчин и 20,7% женщин. Приём лекарственных препаратов под контролем со стороны родственников присутствовал одинаково часто у мужчин и женщин. Отсутствие комплайентности среди мужчин (54,3%) встречалось чаще, чем

среди женщин — 31% [ $\chi^2=8,685$ ;  $p=0,004$ ; OR (от англ. odds ratio — отношение шансов) 2,8; 95% CI (от англ. confidence interval — доверительный интервал) 1,4–5,8].

Изучение психометрических характеристик пациентов при выписке показало следующее. По шкале HADS выявлено, что в совокупности 39,5% пациентов выписывались из стационара с тревогой, причём 15,9% — клинического уровня. Мужчин, выписанных из стационара с клиническим уровнем тревоги, было больше, чем женщин: 24,2 и 9,2% соответственно ( $\chi^2=5,519$ ;  $p=0,019$ ; OR=3,2; 95% CI=1,2–8,7). Аналогичные данные получены и в отношении депрессии. Всего с депрессией выписаны 37,6% пациентов, среди которых 24,2% мужчин и 3,4% женщин с клиническим уровнем ( $\chi^2=13,335$ ;  $p=0,0009$ ; OR=9,0; 95% CI=2,3–40,6).

Исследование пациентов при помощи шкалы безнадёжности Бека показало, что все пациенты выписывались из стационара с безнадёжностью лёгкой (41,4%) и умеренной (58,6%) степени выраженности. При этом статистически значимо ( $\chi^2=32,472$ ;  $p=0,0005$ ; OR=8,8; 95% CI=3,8–20,6) мужчины (84,3%) выписывались из стационара с умеренной безнадёжностью чаще, чем женщины (37,9%). Пациентов с отсутствием безнадёжности, а также с выраженной степенью зарегистрировано не было.

Злоупотребление алкоголем встречалось в общей совокупности у 40 (25,5%) пациентов: 25 (35,7%) случаев среди мужчин и 15 (17,2%) среди женщин. Различия статистически значимы ( $\chi^2=50,872$ ;  $p=0,016$ ;  $OR=3,7$ ;  $95\% CI=1,2-11,4$ ).

Кроме того, злоупотребление алкоголем в определённой степени ( $r=-0,218$ ;  $p=0,007$ ) коррелирует с некомплайентностью пациента (табл. 2). Изучение влияния злоупотребления алкоголем (бытовое пьянство + алкоголизм) на комплайентность больных шизофренией показало, что среди злоупотребляющих алкоголем некомплайентными были 65% пациентов ( $\chi^2=11,051$ ;  $p=0,002$ ;  $OR=3,7$ ;  $95\% CI=1,6-8,5$ ), а среди не злоупотребляющих — 33,3%.

Помимо этого, выявлена обратная корреляционная зависимость комплайентности с изучением пациентами инструкций к препаратам ( $r=-0,247$ ;  $p=0,002$ ) и прямая с доверием к диагностике и лечению ( $r=0,366$ ;  $p=0,000$ ), лечением соматического заболевания в амбулаторных ( $r=0,273$ ;  $p=0,000$ ) и стационарных ( $r=0,326$ ;  $p=0,000$ ) условиях.

Изучение интереса пациентов к информации, содержащейся в инструкциях к лекарственным препаратам, показало, что большая часть пациентов (66,2%) читают инструкции. При этом почти две трети пациентов перестают принимать назначенный препарат, испугавшись описанных в инструкции побочных явлений.

Изучение удовлетворённости жизнью обследуемых пациентов при помощи шкалы Q-LES-Q-SF показало следующее.

В общей совокупности обследованных пациентов удовлетворённость своей работой («хорошо» + «отлично») отмечали 28,7% (без гендерных различий). В то же время неудовлетворёнными работой были 45,9% обследованных. Свою домашнюю занятость негативно («плохо» + «очень плохо») оценивали 28,1% пациентов: 41,5% мужчин и 22,2% женщин ( $\chi^2=10,083$ ;  $p=0,002$ ;  $OR=3,4$ ;  $95\% CI=1,5-7,6$ ).

Значительная часть пациентов (37,6%, без гендерных различий) негативно оценили своё материальное положение. В то же время были удовлетворены своим материальным положением 31,2% обследованных (без гендерных различий). Большинство пациентов (61,8%) были удовлетворены своими жилищными условиями, а негативно их оценили только 13,3% человек.

Немаловажный фактор — наличие материальной возможности у пациента приобрести

необходимые лекарства после выписки. Так, достаточно денежных средств для продолжения лечения было только у трети пациентов (33,8%), причём мужчин среди них оказалось больше, чем женщин: 45,7 и 24,1% соответственно ( $\chi^2=7,14$ ;  $p=0,008$ ). Полное отсутствие возможности для приобретения лекарств выявлено у 35,7% пациентов с шизофренией (без статистически значимых гендерных различий).

Полностью удовлетворены проведением свободного времени 55,4% пациентов, а не удовлетворены — 22,3% (без гендерных различий). Одинаково часто удовлетворённость и неудовлетворённость своими ежедневными обязанностями высказывали 20,4 и 17,8% пациентов соответственно (без гендерных различий).

Позитивно оценили своё хобби 53,5% пациентов (без гендерных различий). Не удовлетворены своим хобби 35,7% мужчин и 13,7% женщин ( $\chi^2=11,464$ ;  $p=0,002$ ;  $OR=3,9$ ;  $95\% CI=1,7-9,2$ ). Шанс неудовлетворённости своим хобби у пациентов мужского пола с шизофренией почти в 4 раза выше, чем у женщин.

Отношениями с людьми были полностью удовлетворены («хорошо» + «отлично») 58% пациентов в совокупности, а не удовлетворены — 11,5% человек (без гендерных различий). Проблемными свои семейные отношения считали 21,3% пациентов в совокупности: 28,6% мужчин и 17,2% женщин (без статистически значимых различий).

Изучение удовлетворённости пациентов своей сексуальной жизнью показало, что в совокупности не удовлетворены («очень плохо» + «плохо») были более половины обследованных — 54,2% (без гендерных различий). Положительно («хорошо» + «отлично») свою сексуальную активность оценили только 17,2% пациентов в совокупности (без гендерных различий).

На «хорошо» и «отлично» физическое состояние оценили почти половина пациентов — 46,5%. Причём мужчин было больше — 60%, а женщин — 46,5% ( $\chi^2=8,306$ ;  $p=0,005$ ;  $OR=2,7$ ;  $95\% CI=1,3-5,5$ ). Негативную оценку («плохо» + «очень плохо») своему физическому здоровью дали 18,4% пациентов (без гендерных различий). Отношение шансов свидетельствует, что вероятность оптимистической оценки своего физического здоровья мужчинами с шизофренией в 2,7 раза выше, чем женщинами.

Способность передвигаться негативно оценили 15,3% пациентов: 25,7% мужчин и 6,9% женщин

**Таблица 3.** Результаты корреляционного анализа степени удовлетворённости жизнью больных шизофренией с результатами психометрического обследования

Корреляционные пары		r	p
Шкала Q-LES-Q-SF			
1	2	3	4
Физическое здоровье	Тревога	-0,416	0,000000
	Депрессия	-0,400	0,000000
Настроение	Комплайентность DAI-10	0,371	0,000002
	Тревога	-0,450	0,000000
	Депрессия	-0,486	0,000000
Работа	Безнадёжность (шкала Бека)	-0,415	0,000000
	Тревога	-0,506	0,000000
	Депрессия	-0,595	0,000000
	Комплайентность (CRS)	0,328	0,000048
Домашняя занятость	Безнадёжность (шкала Бека)	-0,479	0,000000
	Тревога	-0,498	0,000000
	Депрессия	-0,441	0,000000
	Комплайентность (CRS)	0,182	0,024
Отношения с людьми	Безнадёжность (шкала Бека)	-0,256	0,0012
	Тревога	-0,560	0,000000
	Депрессия	-0,434	0,000000
	Комплайентность (CRS)	0,215	0,007
Семейные отношения	Комплайентность DAI-10	0,211	0,009
	Безнадёжность (шкала Бека)	-0,365	0,000004
	Тревога	-0,287	0,0003
	Депрессия	-0,289	0,0003
Ежедневные обязанности	Безнадёжность (шкала Бека)	-0,311	0,000009
	Тревога	-0,376	0,000002
	Депрессия	-0,457	0,000000
Сексуальная жизнь	Безнадёжность (шкала Бека)	-0,295	0,0003
	Тревога	-0,270	0,0009
	Депрессия	-0,247	0,003
Материальное положение	Безнадёжность (шкала Бека)	-0,353	0,000002
	Тревога	-0,337	0,00002
	Депрессия	-0,532	0,000000
Жилищные условия	Безнадёжность (шкала Бека)	-0,369	0,000002
	Тревога	-0,337	0,00002
	Депрессия	-0,531	0,000000
Способность передвигаться	Безнадёжность (шкала Бека)	-0,204	0,010
	Тревога	-0,244	0,002
	Депрессия	-0,320	0,000005
	Комплайентность (CRS)	0,196	0,015
Хобби	Безнадёжность (шкала Бека)	-0,395	0,000000
	Тревога	-0,478	0,000000
	Депрессия	-0,607	0,000000
	Комплайентность (CRS)	0,263	0,001



Продолжение табл. 3

1	2	3	4
Общее благополучие	Безнадёжность (шкала Бека)	-0,311	0,00009
	Тревога	-0,491	0,000000
	Депрессия	-0,607	0,000000
Удовлетворённость жизнью суммарная	Безнадёжность (шкала Бека)	-0,436	0,000000
	Тревога	-0,666	0,000000
	Депрессия	-0,711	0,000000
Удовлетворённость лечением	Тревога	-0,286	0,0003
	Депрессия	-0,325	0,00003
	Комплайентность (CRS)	0,322	0,00004
Качество жизни	Комплайентность (DAI-10)	0,252	0,001
	Тревога	-0,330	0,00002
	Депрессия	-0,394	0,000000
	Комплайентность (CRS)	0,262	0,0009

( $\chi^2=9,204$ ;  $p=0,003$ ;  $OR=4,7$ ;  $95\% CI=1,6-14,2$ ). Шанс негативной оценки своей способности передвижения пациентами мужского пола с шизофренией почти в 5 раз выше, чем у пациенток. Позитивную оценку способности передвигаться дали 60,5% пациентов без гендерных различий.

Удовлетворённость лечением в условиях психиатрического стационара высказали большинство пациентов — 63,8% (без гендерных различий).

Своё настроение на момент выписки из стационара оценивали как «плохое» 9,6% пациентов, в свою очередь, «хорошую» и «отличную» оценки дали половина (50,3%) респондентов без гендерных различий: 57,1% мужчин и 44,8% женщин.

Из вышесказанного видно, что значительная часть пациентов на момент выписки были склонны переоценивать своё настроение, что следует из несоответствия субъективной оценки и результатов шкалы HADS.

Среди всех обследованных пациентов 52,3% позитивно оценивали общее благополучие. Ещё 15,3% пациентов без гендерных различий не были удовлетворены общим благополучием в целом.

Удовлетворёнными качеством жизни в последний месяц отметили себя в совокупности 45,3% пациентов без различий по полу.

Интегральный показатель удовлетворённости жизнью больных шизофренией показал, что довольство своей жизнью в целом отмечали только 12,6% пациентов (без гендерных различий). Значительная часть пациентов (43,3%) испытывали чувство неудовлетворённости, причём

мужчины чаще (54,3%), чем женщины (34,5%;  $\chi^2=5,416$ ;  $p=0,02$ ;  $OR=2,3$ ;  $95\% CI=1,1-4,5$ ). Таким образом, шанс неудовлетворённости жизнью у лиц мужского пола с шизофренией более чем в 2 раза выше, чем у женщин.

Корреляционный анализ степени удовлетворённости жизнью с результатами психометрического обследования (табл. 3) выявил обратные корреляционные зависимости удовлетворённости жизнью больных шизофренией с тревогой, депрессией и чувством безнадёжности.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Как показывает сравнение нашего исследования с результатами анализа литературных источников, комплаиентность пациентов — комплексный феномен, связанный с клиническими составляющими заболевания, внутренней картиной болезни, социальной поддержкой со стороны микросоциального окружения и тактикой психофармакотерапии [16].

Отрицательное влияние на комплаиентность пациента оказывает информация о побочных действиях лекарства, которую пациенты обнаруживают при чтении инструкций. Положительное влияние на комплаиентность оказывает доверие пациента психиатрической диагностике и лечению. Во многом это доверие зависит от так называемого терапевтического альянса, другими словами — от лечащего врача, в задачи которого, помимо непосредственно назначения фармакотерапии, входит и психообразовательная работа в части разъяснения пациенту ожидаемых эффектов от назначенных препаратов, возможного побоч-

ного и нежелательного их действия. Необходимо активно включать пациента и его родственников в терапевтический процесс, просвещая их относительно природы заболевания, принципов терапии и её необходимости, организации взаимодействия с врачом в будущем [17, 18].

Кроме того, комплаентными оказались пациенты, имеющие хронические соматические заболевания и проходившие лечение в условиях соматического стационара, а также получающие соматотропное лечение в амбулаторных условиях. Вероятно, это связано с тем, что, привыкнув следить за своим соматическим состоянием и проходить соответствующее лечение, пациенты принимают как должное и необходимость следовать рекомендациям, полученным от врача-психиатра.

Шанс неудовлетворённости своей домашней занятостью у пациентов мужского пола с шизофренией более чем в 3 раза выше, чем у женщин. В определённой степени это может быть связано с гендерными ролями, принятыми в обществе, — когда женщине необходимо выполнять большую часть домашней работы [19], что обеспечивает её занятость и приносит чувство удовлетворения от сделанной работы. Мужчина при этом стереотипно выполняет роль «добытчика» и мало участвует в домашних делах, а при наличии апато-абулической симптоматики в рамках диагноза «шизофрения» вовсе выпадает из продуктивной и полезной деятельности.

Шанс того, что мужчины с шизофренией будут некомплаентны, почти в 3 раза выше, чем у женщин. Это может быть косвенно связано с тем, что пациенты мужского пола чаще злоупотребляют алкоголем, чем пациентки, а злоупотребление алкогольными напитками увеличивает вероятность развития некомплаентности у пациентов с шизофренией и снижает качество жизни, что подтверждается и проведёнными ранее исследованиями [20]. Подавляющее большинство антипсихотических препаратов, согласно инструкции, не следует принимать совместно с алкоголем, соответственно, не в силах преодолеть влечение к алкоголю, пациенты отказывались от назначенной психиатром фармакотерапии.

Психическое состояние пациентов перед выпиской оценивалось врачами не в полной мере, что приводило к выписке пациентов с сохраняющимися симптомами тревоги, депрессии и безнадёжности. Особенно это справедливо для отделений мужского профиля. Это влекло за собой два вида

взаимосвязанных последствий: во-первых, сама по себе сохраняющаяся при выписке психопатологическая симптоматика способствует некомплаентности, а во-вторых, тревожно-депрессивное состояние снижает продуктивность в работе и домашней деятельности, что приводит к снижению удовлетворённости этими аспектами жизни и жизнью в целом.

Таким образом, при преждевременной выписке пациентов из стационара с депрессией, тревогой и чувством безнадёжности они не будут удовлетворены всеми параметрами обыденной жизни в силу аффективной симптоматики. Более того, это является косвенным свидетельством риска суицидального поведения. В свою очередь, комплаентность пациентов напрямую зависит от их настроения, способности работать, выполнять обыденные обязанности по дому и взаимоотношений с окружающими, что становится проблематичным при тревоге, депрессии и чувстве безнадёжности.

## ВЫВОДЫ

1. Комплаентность прямо коррелирует с качеством жизни, удовлетворённостью ею, физическим состоянием пациента, благоприятными семейными отношениями, хорошим настроением, наличием и удовлетворённостью работой.

2. В связи с этим желательны пересмотр сроков стационарного лечения для больных шизофренией, психометрический контроль тревоги, депрессии и чувства безнадёжности не только при поступлении (это легко выявляется и при клинико-психопатологическом обследовании), но и за несколько дней до предполагаемой выписки, причём оценку своего состояния должен проводить сам пациент при помощи шкал HADS и безнадёжности Бека, а также шкалы комплаентности DAI-10.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНО

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Вклад авторов.** Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией. *Руженкова В.В.* — концепция и дизайн исследования, анализ полученных данных, написание текста, внесение окончательной правки; *Хамская И.С.* — обзор литературы, сбор и обработка материалов, написание текста; *Ретюнский К.Ю.* — концепция и дизайн исследования, анализ полученных данных; *Боева А.В.* — сбор и обработка материалов, анализ полученных данных; *Жигулина О.В.* — сбор и обработка материалов.

**Funding.** This publication was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflicts of interests.

**Contribution of the authors.** Thereby, all authors confirm that their authorship complies with the international ICMJE criteria (all authors have made a significant contribution to the development of the concept, research, and preparation of the article, as

well as read and approved the final version before its publication). *V.V. Ruzhenkova* — study concept and design, data analysis, text writing, final editing; *I.S. Khamskaya* — literature review, collection and processing of materials, writing the text; *K.Yu. Retyunskiy* — study concept and design, data analysis; *A.V. Boeva* — collection and processing of materials, analysis of the obtained data; *O.V. Zhigulina* — collection and processing of materials.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- Weiden P.J. Redefining medication adherence in the treatment of schizophrenia: How current approaches to adherence lead to misinformation and threaten therapeutic relationships // *Psychiatric Clinics of North America*. 2016. Vol. 39. N. 2. P. 199–216. DOI: 10.1016/j.psc.2016.01.004.
- Некрасов М.А., Хритинин Д.Ф. Особенности поддерживающей терапии и приверженности лечению психически больных в амбулаторной практике // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015. Т. 115. №1. С. 73–77. DOI: 10.17116/jnevro20151153173-77.
- Лутова Н.Б. Интегративная терапия и вовлечение больных эндогенными психическими расстройствами в лечебный процесс. Инновационные подходы к диагностике и лечению психических расстройств. СПб.: Издательско-полиграфическая компания «КОСТА»; 2018. с. 64–76.
- Velligan D.I., Sajatovic M., Hatch A. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness // *Patient Prefer. Adherence*. 2017. Vol. 3. N. 11. P. 449–468. DOI: 10.2147/ppa.s124658.
- Корнетова Е.Г. Шизофрения с преобладанием негативных нарушений: клиничко-конституциональные закономерности, адаптация, терапия. Дис. ... д-ра мед. наук. Томск; 2016. 50 с.
- Семке А.В., Микелев Ф.Ф. Клиничко-социальные характеристики пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013. Т. 5. №80. С. 40–43.
- Алиева Л.М., Солохина Т.А. Социально-психологические факторы комплаентности больных шизофренией // *Психиатрия*. 2020. Т. 18. №2. С. 71–81. DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-2-71-81.
- Хмара Н.В., Цитко А.Н., Коваленко Д.А. Шизофрения и употребление алкоголя // *Проблемы здоровья и экологии*. 2016. Т. 3. №49. С. 110–113.
- Endriyani L., Chien C.H., Huang X.Y. The influence of adherence to antipsychotics medication on the quality of life among patients with schizophrenia in Indonesia // *Perspect. Psychiatr. Care*. 2019. Vol. 55. N. 2. P. 147–152. DOI: 10.1111/ppc.12276.
- Rebhi H., Damak R., Cherif W. et al. Impact of duration of untreated psychosis on quality of life and cognitive functions // *Encephale*. 2019. Vol. 45. N. 1. P. 22–26.
- Dziwota E., Stepulak M.Z., Włoszczak-Szubzda A. et al.

- Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia // *Ann. Agric. Environ. Med*. 2018. Vol. 25. N. 1. P. 50–55. DOI: 10.5604/12321966.1233566.
- Lim M.H., Gleeson J.F.M., Alvarez-Jimenez M. et al. Loneliness in psychosis: A systematic review // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 2018. Vol. 53. N. 3. P. 221–238. DOI: 10.1007/s00127-018-1482-5.
- Швец К.Н., Хамская И.С. Факторы социальной дезадаптации больных шизофренией и подходы к психосоциальной терапии и реабилитации (обзор) // *Научные результаты биомедицинских исследований*. 2019. Т. 5. №2. С. 72–85. DOI: 10.18413/2658-6533-2019-5-2-0-8.
- Fujii T., Hanya M., Kishi M. An internet-based survey in Japan concerning social distance and stigmatization toward the mentally ill among doctors, nurses, pharmacists, and the general public // *Asian J. Psychiatr*. 2018. Vol. 36. P. 1–7. DOI: 10.1016/j.ajp.2018.05.017.
- Zäske H., Linden M., Degner D. Stigma experiences and perceived stigma in patients with first-episode schizophrenia in the course of 1 year after their first in-patient treatment // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*. 2019. Vol. 269. N. 4. P. 459–468. DOI: 10.1007/s00406-018-0892-4.
- Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Вид В.Д. и др. Эффекты психофармакотерапии и приверженность пациентов лечению: взаимообусловленность в рамках биопсихосоциальной парадигмы // *Научные результаты биомедицинских исследований*. 2021. Т. 7. №2. С. 202–214. DOI: 10.18413/2658-6533-2021-7-2-0-11.
- Esque J., Rasmussen A., Spada M. et al. First-episode psychosis and the role of the psychiatric consultant // *J. Acad. Consult. Liaison Psychiatry*. 2022. Vol. 63. N. 1. P. 32–35. DOI: 10.1016/j.jaclp.2021.07.003.
- Singh S.P., Mohan M., Giacco D. Psychosocial interventions for people with a first episode psychosis: Between tradition and innovation // *Curr. Opin. Psychiatry*. 2021. Vol. 34. N. 5. P. 460–466. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000726.
- Дадаева Т.М., Мишанина И.С. Гендерная роль мужчины в современных семейных практиках // *Огарёв-Online*. 2020. №9 (146). С. 9.
- Ahn S., Choi Y., Choi W. et al. Effects of comorbid alcohol use disorder on the clinical outcomes of first-episode schizophrenia: A nationwide population-based study // *Ann. Gen. Psychiatry*. 2021. Vol. 20. №1. P. 32. DOI: 10.1186/s12991-021-00353-3.

## REFERENCES

- Weiden P.J. Redefining medication adherence in the treatment of schizophrenia: How current approaches to adherence lead to misinformation and threaten therapeutic relationships. *Psychiatric Clinics of North America*. 2016;39(2):199–216. DOI: 10.1016/j.psc.2016.01.004.

- Nekrasov MA, Hritinin DF. Features of supportive therapy and adherence to the treatment of mentally ill patients in outpatient practice. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im SS Korsakova*. 2015;115(1):73–77. (In Russ.) DOI: 10.17116/jnevro20151153173-77.

3. Lutova NB. *Integrative therapy and involvement of patients with endogenous mental disorders in the treatment process. Innovative approaches to the diagnosis and treatment of mental disorders*. Saint Petersburg: Publishing and printing company "COSTA"; 2018. p. 64–76. (In Russ.)
4. Velligan DI, Sajatovic M, Hatch A. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Prefer Adherence*. 2017;3(11):449–468. DOI: 10.2147/ppa.s124658.
5. Kornetova EG. *Шизофрения с преобладанием негативных нарушений: клинико-конституциональные закономерности, адаптация, терапия*. Diss. ... d-ra med. Nauk. Tomsk; 2016. 50 c. (In Russ.)
6. Semke AV, Mikelev FF. Clinical and social characteristics of patients suffering from schizophrenic spectrum disorders with hypochondriac symptoms. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii*. 2013;5(80): 40–43. (In Russ.)
7. Alieva LM, Solokhina TA. Socio-psychological factors of compliance in patients with schizophrenia. *Psichiatrija*. 2020;18(2):71–81. (In Russ.) DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-2-71-81.
8. Khmara NV, Citko AN, Kovalenko DA. Schizophrenia and alcohol consumption. *Problemy zdorov'ja i jekologii*. 2016;3(49):110–113. (In Russ.)
9. Endriyani L, Chien CH, Huang XY. The influence of adherence to antipsychotics medication on the quality of life among patients with schizophrenia in Indonesia. *Perspect Psychiatr Care*. 2019;55(2):147–152. DOI: 10.1111/ppc.12276.
10. Rebhi H, Damak R, Cherif W et al. Impact of duration of untreated psychosis on quality of life and cognitive functions. *Encephale*. 2019;45(1): 22–26.
11. Dziwota E, Stepulak MZ, Włoszczak-Szubzda A et al. Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. *Ann Agric Environ Med*. 2018;25(1):50–55. DOI: 10.5604/12321966.1233566.
12. Lim MH, Gleeson JFM, Alvarez-Jimenez M et al. Loneliness in psychosis: A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(3):221–238. DOI: 10.1007/s00127-018-1482-5.
13. Shvets KN, Khamskaya IS. Factors of social maladaptation of patients with schizophrenia and approaches to psychosocial therapy and rehabilitation (review). *Nauchnye rezul'taty biomeditsinskih issledovanij*. 2019;5(2):72–85. (In Russ.) DOI: 10.18413/2658-6533-2019-5-2-0-8.
14. Fujii T, Hanya M, Kishi M. An internet-based survey in Japan concerning social distance and stigmatization toward the mentally ill among doctors, nurses, pharmacists, and the general public. *Asian J Psychiatr*. 2018;36:1–7. DOI: 10.1016/j.ajp.2018.05.017.
15. Zäske H, Linden M, Degner D. Stigma experiences and perceived stigma in patients with first-episode schizophrenia in the course of 1 year after their first in-patient treatment. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019; 269(4):459–468. DOI: 10.1007/s00406-018-0892-4.
16. Sorokin MYu, Lutova NB, Wied VD et al. Effects of psychopharmacotherapy and patients' adherence: Interdependence within the biopsychosocial paradigm. *Research Results in Biomedicine*. 2021;7(2):202–214. (In Russ.) DOI: 10.18413/2658-6533-2021-7-2-0-11.
17. Esque J, Rasmussen A, Spada M et al. First-episode psychosis and the role of the psychiatric consultant. *J Acad Consult Liaison Psychiatry*. 2022;63(1):32–35. DOI: 10.1016/j.jaclp.2021.07.003.
18. Singh SP, Mohan M, Giacco D. Psychosocial interventions for people with a first episode psychosis: Between tradition and innovation. *Curr Opin Psychiatry*. 2021;34(5):460–466. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000726.
19. Dadaeva TM, Mishanina IS. Gender role of a man in modern family practices. *Ogaryov-Online*. 2020;9(146):9. (In Russ.)
20. Ahn S, Choi Y, Choi W et al. Effects of comorbid alcohol use disorder on the clinical outcomes of first-episode schizophrenia: A nationwide population-based study. *Ann Gen Psychiatry*. 2021;20(1):32. DOI: 10.1186/s12991-021-00353-3.

## ОБ АВТОРАХ

**Руженкова Виктория Викторовна**, докт. мед. наук, доц.;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1740-4904>;  
eLibrary SPIN: 1274-7247; e-mail: [ruzhenkova@yandex.ru](mailto:ruzhenkova@yandex.ru)

**Хамская Инна Сергеевна**, канд. мед. наук;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8753-1805>;  
eLibrary SPIN: 3898-6511; e-mail: [lukyantseva@bsu.edu.ru](mailto:lukyantseva@bsu.edu.ru)

**Ретюнский Константин Юрьевич**, докт. мед. наук, проф.;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1302-483X>;  
eLibrary SPIN: 1509-4197; E-mail: [retiunsk@mail.ru](mailto:retiunsk@mail.ru)

**Боева Алевтина Викторовна**, канд. мед. наук, доц.;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8842-5115>;  
eLibrary SPIN: 9650-8290; e-mail: [boeva\\_a@bsu.edu.ru](mailto:boeva_a@bsu.edu.ru)

**Жигулина Оксана Вячеславовна**, зав. отд.,  
общеспихиатрическое отделение №5, Белгородская  
областная клиническая психоневрологическая больница;  
ORCID: <http://orcid.org/0009-0008-9598-954X>;  
eLibrary SPIN: 5768-3742;  
e-mail: [oksana-zhigulina-bel@yandex.ru](mailto:oksana-zhigulina-bel@yandex.ru)

## AUTHOR'S INFO

**Victoria V. Ruzhenkova**, M.D., D. Sci. (Med.), Assoc. Prof.;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1740-4904>;  
eLibrary SPIN: 1274-7247; e-mail: [ruzhenkova@yandex.ru](mailto:ruzhenkova@yandex.ru)

**Inna S. Khamskaya**, M.D., Cand. Sci. (Med.);  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8753-1805>;  
eLibrary SPIN: 3898-6511; e-mail: [lukyantseva@bsu.edu.ru](mailto:lukyantseva@bsu.edu.ru)

**Konstantin Yu. Retyunskiy**, M.D., Dr. Sci. (Med.), Prof.;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1302-483X>;  
eLibrary SPIN: 1509-4197; E-mail: [retiunsk@mail.ru](mailto:retiunsk@mail.ru)

**Alevtina V. Boeva**, M.D., Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof.;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8842-5115>;  
eLibrary SPIN: 9650-8290; e-mail: [boeva\\_a@bsu.edu.ru](mailto:boeva_a@bsu.edu.ru)

**Oxana V. Zhigulina**, M.D., Head of Depart., General Psychiatric  
Depart. No. 5, Belgorod Regional Clinical Psychoneurological  
Hospital;  
ORCID: <http://orcid.org/0009-0008-9598-954X>;  
eLibrary SPIN: 5768-3742;  
e-mail: [oksana-zhigulina-bel@yandex.ru](mailto:oksana-zhigulina-bel@yandex.ru)

УДК: 611-06

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb303671>

## Распространённость психических расстройств у пациентов с патологией заднего сегмента глаза

Д.А. Яковлев<sup>1</sup>, А.Д. Шурыгина<sup>1</sup>, С.В. Кузьмина<sup>1</sup>, А.Ю. Расчёсков<sup>2</sup><sup>1</sup>Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия<sup>2</sup>Офтальмологическая клиника «Глазная хирургия Расчёсков», Казань, Россия*Автор, ответственный за переписку:* Шурыгина Анна Дмитриевна, [a.shurygina0603@gmail.com](mailto:a.shurygina0603@gmail.com)

### **АННОТАЦИЯ**

В статье представлены материалы зарубежной и отечественной литературы, указывающие на взаимосвязь офтальмологической патологии и психических нарушений. К наиболее часто встречающимся заболеваниям относят депрессию и тревожное расстройство. Рассмотрена распространённость коморбидности офтальмологической и психической патологии, кроме этого, отмечены факторы, способствующие прогрессированию данных заболеваний.

**Ключевые слова:** *офтальмология и психиатрия, психические расстройства, глаукома, отслойка сетчатки, диабетическая ретинопатия.*

### **Для цитирования:**

Яковлев Д.А., Шурыгина А.Д., Кузьмина С.В., Расчёсков А.Ю. Распространённость психических расстройств у пациентов с патологией заднего сегмента глаза // Неврологический вестник. 2023. Т. LV. Вып. 2. С. 52–61. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb303671>.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb303671>

## The prevalence of mental disorders in patients with posterior segment eye disease

Denis A. Jakovlev<sup>1</sup>, Anna D. Shurygina<sup>1</sup>, Svetana V. Kuzmina<sup>1</sup>,  
Alexandr Yu. Rascheskov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kazan State Medical University, Kazan, Russia

<sup>2</sup>Ophthalmological clinic “Glaznaya khirurgiya Rascheskov”, Kazan, Russia

*Corresponding author:* Anna D. Shurygina, [a.shurygina0603@gmail.com](mailto:a.shurygina0603@gmail.com)

### **ABSTRACT**

The article presents materials from foreign and domestic literature, that indicate the relationship between ophthalmic pathology and mental disorders. The most common mental disorders are depression and anxiety among patients with visual impairment. The prevalence of comorbidity of ophthalmic and mental pathology was considered, as well as factors contributing to the progression of these diseases.

**Keywords:** *ophthalmology and psychiatry, mental diseases, glaucoma, retinal detachment, diabetic retinopathy.*

### **For citation:**

Jakovlev DA, Shurygina AD, Kuzmina SV, Rascheskov AYu. The prevalence of mental disorders in patients with posterior segment eye disease. *Neurology Bulletin.* 2023;LV(2):52–61. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb303671>.

## ВВЕДЕНИЕ

Анализ литературных данных показывает высокую распространённость офтальмологической патологии среди населения как Российской Федерации, так и зарубежных стран. При этом нарушения зрения представляют собой серьёзную медико-социальную проблему, приводя к инвалидизации населения [1].

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, свыше 2,2 млрд человек страдают патологией зрения, при этом подтверждается, что у 1 млрд из них эти нарушения можно предотвратить или излечить [2]. Показатели распространённости инвалидности, обусловленной патологией зрения, в Российской Федерации сохраняются на высоком уровне, они достигают 28,8 на 10 тыс. взрослого населения и варьируют в разных возрастных группах: начиная с 5,5 (в возрасте до 19 лет) и заканчивая 104,0 (пенсионный возраст) на 10 тыс. [3]. Среди причин инвалидности в России к 2015 г. первое место в нозологической структуре инвалидности как первичной, так и вторичной, занимает глаукома (41,2%/28,4%), второе — заболевания сетчатки (18,2%/16,5%), третье — дегенеративная миопия (10,6%/23,3%) [4].

Результаты многих зарубежных и отечественных исследований подтверждают высокую распространённость и недостаточное выявление психических нарушений среди пациентов, находящихся под наблюдением в условиях общесоматической медицинской сети [5, 6].

Современные многоцентровые исследования психологических особенностей офтальмологических пациентов свидетельствуют о широкой распространённости психических расстройств [7, 8]. При этом указывают, что ряд психических расстройств, таких как депрессия, может быть фактором риска развития и усугубления офтальмологических заболеваний, фактором риска неблагоприятного прогноза заболевания и одним из факторов, способствующих снижению комплайентности и мотивации больного к офтальмологическому лечению.

На сегодняшний день взаимосвязь офтальмологической и психической патологии изучена недостаточно. Ухудшает ли наличие психического заболевания прогрессирование офтальмологической патологии или же наоборот — офтальмологическая патология может привести к развитию и/или усугублению психического расстройства?

**Цель:** на основании систематизированного обзора научной литературы обобщить данные исследований о распространённости психических расстройств среди пациентов, страдающих офтальмологической патологией — отслойкой сетчатки, глаукомой, диабетической ретинопатией (ДР).

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Поиск информации осуществлён в базах данных MedLine/PubMed и eLibrary с использованием поисковых запросов «аффективное расстройство», «биполярное расстройство», «глаукома», «депрессия», «отслойка сетчатки», «патология сетчатки», «психическое расстройство», «ретинопатия», «тревога», «mental disorder», «affective disorder», «bipolar disorder», «PSED», «retinal disorder», «anxiety», «depression», «retinopathy», «diabetic retinopathy», «glaucoma», «retinal detachment» и др.

Критерии включения: метаанализы, систематические обзоры, рандомизированные клинические испытания, когортные исследования и литературные обзоры, исследующие взаимосвязь заболеваний сетчатки и психических расстройств, опубликованные в промежутке с 2010 по 2022 г.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Патологию заднего сегмента глаза обычно определяют как группу хронических заболеваний сетчатки, сосудистой оболочки и зрительного нерва, включающую, в первую очередь, глаукому, возрастную макулярную дегенерацию, ДР, отслойку сетчатки. Патология заднего сегмента глаза становится основной причиной ухудшения зрения и развития слепоты среди взрослого населения после катаракты. В ряде исследований на долю патологии заднего сегмента глаза выпадает до 37% всех случаев полной потери зрения [9].

Крупное когортное исследование, проводимое в Бразилии в течение 6 лет, показало обширное распространение психических расстройств среди пациентов, страдающих патологией заднего сегмента глаза. Используя данные бразильского лонгитюдного исследования здоровья взрослых (ELSA-Brasil), взятые за период 2008–2014 гг., в исследовании было проанализировано 10 775 случаев обращения за медицинской помощью. Среди них 249 (2,3%) пациентов имели патологию сетчатки — группа «а», 303 (2,8%) глаукому — группа «б», у 30 (0,3%) человек были оба заболевания — группа «а+б». Группа «а»

**Таблица 1.** Исследования, посвящённые распространённости психических расстройств у людей с диабетической ретинопатией (ДР)

№	Тип исследования	Количество исследований	Количество респондентов	Результаты
1	Метаанализ	11	34 185	Пациенты с депрессией имеют более высокий риск развития ДР (ОШ=1,50, 95% ДИ=1,39–1,63; ОШ=1,58, 95% ДИ=1,35–1,84)
2	Обзор литературы	1	Нет данных	Депрессия у пациентов с ДР не является редкостью. Коморбидная депрессия при ДР ухудшает течение ДР. Пациенты с сочетанием СД и депрессии имеют более высокий риск развития ДР, в то же время прогрессирование ДР может привести к депрессии
3	Перекрёстное исследование	1	294	Приблизительно 35,7% испытуемых сообщили о симптомах депрессии (n=105). Факторами риска развития депрессии у пациентов с СД 2-го типа были женский пол (p=0,014), низкий месячный доход (p=0,01), более низкая острота зрения (p=0,002), перенесённая лазерная коррекция зрения в анамнезе (p=0,01)
4	Проспективное когортное исследование	1	484	У 37,8% респондентов обнаружена депрессия. Однако в данной когорте не было найдено значимой статистической связи между ДР/остротой зрения и депрессией
5	Проспективное когортное исследование	1	2359	Тяжесть депрессии у пациентов с СД 2-го типа связана с увеличением риска развития ДР (ОШ=1,026; 95% ДИ=1,002–1,051). Риск увеличивается до 15% за каждое увеличение показателя по RNQ-9 на 5 баллов
Итого		15	37 322	—

Примечание: ОШ — отношение шансов; ДИ — доверительный интервал; СД — сахарный диабет.

и группа «а+б» имели более высокую распространённость психических расстройств (относительный риск 1,7 и 3,7 соответственно,  $p < 0,001$ ). В данных группах также выявлена более высокая частота депрессии при последующем наблюдении (относительный риск 3,0 и 5,9 соответственно,  $p < 0,001$ ) [10]. Несмотря на наличие достоверной корреляции между двумя видами патологии, дизайн исследования не способен дать ответ о причинно-следственной связи между ними.

В ходе изучения материала была обнаружена и отобрана 21 оригинальная работа, объединяющие 2078 исследований. Все эти исследования были разделены на три группы, соответствующие определённой офтальмологической патологии: ДР, отслойка сетчатки, глаукома.

ДР — наиболее распространённое микрососудистое осложнение сахарного диабета и одна из основных причин необратимого ухудшения зрения у населения трудоспособного возраста. Депрессия у пациентов с ДР не является редкостью и оказывает негативное влияние на течение основного заболевания. Многочисленные исследования продемонстрировали высокую распро-

странённость депрессии у пациентов с ДР в последние годы [11–15]. Пациенты с сахарным диабетом и сопутствующей депрессией подвергаются повышенному риску макрососудистых и микрососудистых осложнений. Ранние исследования указывают на взаимосвязь между депрессией и ДР, но данные систематически не обобщали.

Крупный метаанализ, проведённый в Китае, указывает на достоверную связь депрессии с увеличением частоты ДР у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (отношение шансов 1,50, 95% доверительный интервал 1,39–1,63). Однако не была обнаружена достоверная информация о способности депрессии прямо или косвенно приводить к развитию ДР, что обуславливает необходимость дальнейшего исследования в этой области [11].

Иное исследование, проведённое в Китае, подтверждает более высокое распространение депрессивных симптомов среди пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, страдающих ДР, чем в общей популяции. В данном исследовании для оценки симптомов депрессии была исполь-



Таблица 2. Исследования, посвящённые распространённости психических расстройств у людей с отслойкой сетчатки

№	Вид исследования	Количество исследований	Количество респондентов	Результаты
1	Перекрёстное исследование	1	58	Доля депрессии была значительно выше у пациентов с РОС, чем у здоровых представителей контрольной группы (39,66 против 5,17%, $p < 0,001$ ). Депрессия у пациентов с РОС была связана с большей продолжительностью заболевания ( $p < 0,001$ )
2	Перекрёстное исследование	1	100	Качество жизни, связанное со зрением, значительно ниже у пациентов, перенёвших операцию по поводу РОС, чем в общей популяции ( $p < 0,05$ ). Более низкий результат сводного балла связан со старшим возрастом и женским полом
3	Перекрёстное исследование	1	87	Опрос показал, что оценка качества жизни улучшается после перенесённой витректомии. При этом послеоперационная острота зрения становится наиболее важным фактором, влияющим на оценку V-RQOL ( $p = 0,001$ )
Итого		3	245	—

Примечание: РОС — ретинальная отслойка сетчатки; V-RQOL (от англ. Visual Related Quality Of Life) — качество жизни, связанное со зрением.

зована шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований. Кроме того среди важных факторов риска развития депрессии были выделены женский пол ( $p = 0,014$ ), низкий уровень заработной платы ( $p = 0,01$ ), тяжесть нарушения зрения ( $p = 0,002$ ), наличие предшествующего лечения основного заболевания ( $p = 0,01$ ) [13].

Исследование, опубликованное на американском сайте Informa Healthcare в 2012 г., выявило наличие депрессии у 37,8% респондентов с сахарным диабетом 1-го типа и нарушением зрения. Было обнаружено, что частота депрессии выше у пациентов с более тяжёлой ДР и нарушениями зрения. Однако эти ассоциации не были статистически значимыми при учёте других факторов в многофакторном анализе [14].

В другом когортном исследовании, проводимом в течение 5 лет и изучающем связь между депрессией с более высокой частотой ДР среди взрослого населения с сахарным диабетом 2-го типа, получены следующие данные: тяжесть депрессии была связана с повышенным риском возникновения ДР. Было подсчитано, что риск развития ДР увеличивается на 15% при каждом значительном усугублении тяжести депрессивных симптомов. Критерию увеличения тяжести депрессии соответствовало каждое прибавление 5 баллов по шкале оценки здоровья PHQ-9 (от англ. Patient Health Questionnaire) [15]. Анализ исследований приведён в табл. 1.

Ретинальная отслойка сетчатки (РОС) — заболевание, которому свойственно наличие разрыва сетчатки и скопления жидкости стекло-

видного тела в субретинальном пространстве, в результате чего происходит отслоение сетчатой оболочки глаза. Распространённость заболевания составляет 6,3–17,9 на 100 тыс. населения в год. При этом инвалидность пациентов с отслойкой сетчатки — 2–9% среди всех причин инвалидности по зрению [16].

В немногочисленных исследованиях, посвящённых взаимоотношению РОС и психических расстройств, выяснилось, что доля депрессии значительно выше у пациентов с патологией сетчатки, а качество жизни, оцениваемое самими пациентами, значительно ниже [17–19].

Единственное исследование, обнаруженное в ходе изучения материала, которое ставило цель изучить распространённость депрессии среди пациентов с РОС, проведено в Китае (табл. 2). По его результатам распространённость депрессии, которую оценивали по шкале депрессии Бека-2, была значительно выше у пациентов с РОС, чем у здоровых людей контрольной группы (39,66 против 5,17%,  $p < 0,001$ ). Депрессия у пациентов с РОС была связана с большей продолжительностью заболевания ( $p < 0,001$ ) [17].

Кроме того, было проведено исследование, изучающее качество жизни пациентов с отслойкой сетчатки после перенесённой операции. Для оценки качества жизни использовали опросник зрительной функции Национального института глаз, состоящий из 25 пунктов (NEI-VFQ-25 — от англ. National Eye Institute Visual Function Questionnaire), который был заполнен 100 пациентами с РОС через 6 мес после операции. Сводный

Таблица 3. Исследования, посвящённые распространённости психических расстройств у людей с глаукомой

№	Вид исследования	Количество исследований	Количество респондентов	Результаты
1	2	3	4	5
1	Ретроспективное когортное исследование	1	3259	Распространённость тревоги и депрессии составила 32 и 33% соответственно. Тревога или сопутствующие тревога и депрессия были достоверно связаны с риском развития глаукомы с течением времени у пациентов с подозрением на глаукому (коэффициент риска 1,16, 95% ДИ=1,01–1,33; коэффициент риска 1,27, 95% ДИ=1,07–1,50 соответственно)
2	Перекрёстное исследование	1	129	Значительная часть пациентов с глаукомой страдают депрессией и/или тревогой (10,08%). Женщины (ОШ=5,25, p=0,015) и пациенты с сопутствующими заболеваниями (ОШ=2,82, p=0,038) подвергаются большему риску развития этих расстройств
3	Перекрёстное исследование	1	363	Показатели тревожности составили 29,66% (78/263) и 18,00% (18/100) в группах глаукомы и катаракты соответственно (p=0,024). Пациенты с глаукомой чаще страдают от тревожности, чем больные катарактой
4	Перекрёстное исследование	1	100	Уровень тревоги и депрессии был значительно выше у пациентов с глаукомой. При этом у больных закрытоугольной глаукомой показатели значительно выше (66,0 и 56,0%), чем в группе с открытоугольной глаукомой (44,0%, p=0,002; 40,0%, p=0,033) и контрольной группе (16,0%, p=0,000; 10,0%, p=0,000)
5	Систематический обзор и метаанализ	2067	4 995 538	У пациентов с глаукомой более высокие распространённость и тяжесть депрессии (95% ДИ=0,16–0,23), тревоги (95% ДИ=0,21–0,30) и нарушений сна (95% ДИ=0,26–0,68)
6	Ретроспективное исследование случай-контроль	1	4 439 518	Обнаружена статистически значимая связь между глаукомой и каждым из проявлений: тревоги и депрессии. ОШ=10,6, 95% ДИ=10,0–11,0 для глаукомы и тревоги; ОШ=12,3, 95% ДИ=11,8–12,9 для глаукомы и депрессии. Однако дизайн исследования не позволяет выявить причинно-следственную связь
7	Перекрёстное исследование	1	100	Выявлена относительно высокая распространённость депрессии и тревожных расстройств у пациентов с глаукомой (30 и 64% соответственно). Женщины с глаукомой чаще страдают депрессией (p=0,020)
8	Перекрёстное исследование	1	251	Кровоизлияние в ДЗН, пиковое ВГД и скорость потери толщины слоя нервных волокон сетчатки были достоверно связаны с высокой тревожностью (p=0,017, p=0,046 и p=0,026 соответственно). Исходя из этого, предположительно тревога увеличивает риск прогрессирования глаукомы
9	Перекрёстное исследование	1	200	Обнаружена существенная связь между степенью потери зрения у пациентов с глаукомой и симптомами тревоги и депрессии, независимо от продолжительности заболевания (p < 0,001)
10	Перекрёстное исследование	1	208	Установлено, что более молодой возраст — фактор риска возникновения тревоги (p=0,0008), в то время как более пожилой возраст (p=0,0077) и увеличение тяжести глаукомы (p=0,0036) были факторами риска развития депрессии у пациентов с глаукомой

Продолжение табл. 3.

1	2	3	4	5
11	Перекрёстное исследование	1	506	Распространённость тревоги и депрессии была значительно выше у пациентов с глаукомой (22,92 и 16,40%, соответственно). Более молодой возраст ( $p < 0,001$ ), женский пол ( $p = 0,001$ ), умеренное и тяжёлое экономическое бремя ( $p = 0,009$ и $p < 0,001$ соответственно) — факторы риска развития тревожности. Фактор риска развития депрессии — продолжительность глаукомы ( $p = 0,019$ )
12	Когортное исследование	1	14 657	Глаукома не была связана с депрессией (ОШ=1,10, 95% ДИ=0,50–2,38) или тревогой (ОШ=1,48, 95% ДИ=0,63–3,30) после корректировки на социально-демографические факторы, общее состояние здоровья, параметры зрения и приверженность антиглаукомной терапии
Итого		2078	15 822	—

Примечание: ДИ — доверительный интервал; ОШ — отношение шансов; ДЗН — диск зрительного нерва; ВГД — внутриглазное давление.

балл NEI-VFQ-25 и подшкалы, связанные с общим зрением, психическим здоровьем, социальным функционированием, вождением и цветовым зрением, были значительно ниже в группе РОС, чем в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). Факторами риска при этом были выдвинуты старший возраст и женский пол [18].

Глаукому считают хроническим заболеванием, требующим постоянного лечения. Известно, что хронические заболевания тесно связаны с психологическими расстройствами, такими как депрессия и тревога. Проведены исследования, которые подтверждают более высокое распространение тревоги и/или депрессии у пациентов с глаукомой [21–31] (табл. 3).

Так, крупный метаанализ, опубликованный в 2022 г. в *Canadian Journal of Ophthalmology*, в ходе которого было проанализировано 45 исследований, указывает на следующие выводы: распространённость депрессии, тревоги и нарушений сна достоверно выше у пациентов с глаукомой. Кроме того, симптоматические показатели депрессии, тревоги и нарушения сна аналогичным образом выше у пациентов с глаукомой [24].

К подобным выводам пришли в другом крупном исследовании, в котором была проанализирована информация о 4 439 518 пациентах клиники Университета Северной Каролины. Из них 11 234 (0,3%) страдали глаукомой, 96 527 (2,2%) тревожными расстройствами и 103 476 (2,3%) депрессией. Скорректированное отношение шансов составило 10,6 (95% дове-

рительный интервал 10,0–11,0) для глаукомы и тревоги и 12,3 (95% доверительный интервал 11,8–12,9) для глаукомы и депрессии [23].

Исследование, проводимое в Сингапуре, иллюстрирует относительно высокую распространённость депрессии (30%) и тревожных расстройств (64%) среди пациентов с глаукомой. Женщины с глаукомой чаще страдают депрессией [30].

В 2017 г. в журнале *Scientific reports* было опубликовано исследование, целью которого было установить роль тревоги и депрессии в прогрессировании глаукомы. Для оценки тревоги и депрессии у пациентов с глаукомой использовали шкалу тревожности Бека (BA-I) и депрессии (BDI-II). Кроме этого, анализировали такие показатели, как кровоизлияние в диск зрительного нерва, пиковое внутриглазное давление и скорость потери толщины слоя нервных волокон сетчатки. В ходе исследования выяснилось, что скорость истончения слоя нервных волокон сетчатки и кровоизлияние в диск зрительного нерва были достоверно связаны с высокой тревожностью ( $p = 0,015$ ,  $p = 0,019$ ). Анализ показал значительную положительную корреляцию между скоростью потери толщины слоя нервных волокон сетчатки и показателем тревожности, а также потерей толщины слоя нервных волокон сетчатки и колебаниями внутриглазного давления [20].

Кроме того, в ряде исследований было выяснено, что тяжесть глаукомы была связана со значительно более высокими показателями по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS — от англ. Hospital Anxiety and Depression

Scale). В одном из них обнаружена существенная связь между степенью потери зрения у пациентов с глаукомой и симптомами тревоги и депрессии, независимо от продолжительности заболевания ( $p < 0,001$ ) [26].

Другие исследования, посвящённые поиску факторов риска развития тревоги и/или депрессии среди пациентов с глаукомой, указывают на то обстоятельство, что более молодой возраст ( $p=0,0008$ ), умеренное и тяжёлое экономическое неблагополучие ( $p=0,009$  и  $p < 0,001$  соответственно) — факторы риска возникновения тревоги, в то время как более пожилой возраст ( $p=0,0077$ ) и увеличение тяжести глаукомы ( $p=0,0036$ ) — факторы риска развития депрессии [27, 28].

В противовес этим данным в одном когортном исследовании, включавшем выборку из 14 657 участников, изучавшем распространённость тревоги и депрессии у пациентов с глаукомой, было обнаружено, что после корректировки на социально-демографические факторы, иные системные заболевания, параметры зрения, общее состояние здоровья тревоги и депрессия не связаны с глаукомой (отношение шансов 1,48, 95% доверительный интервал 0,63–3,30,  $p=0,35$  и отношение шансов 1,10, 95% доверительный интервал 0,50–2,38,  $p=0,80$  соответственно) [29].

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Бадимова А.В. Особенности эпидемиологии заболеваемости и инвалидности в связи с болезнями органов зрения в России и за рубежом // Наука молодых. 2020. Т. 8. №2. С. 261–268. DOI: 10.23888/НМЖ202082261-268.
2. Всемирный доклад о проблемах зрения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2020. 25 с.
3. Назарян М.Г. Комплексное исследование инвалидности вследствие болезней глаза и его придаточного аппарата и совершенствование системы мер по медико-социальной реабилитации. Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2020. [https://www.sechenov.ru/upload/medialibrary/26f/Avtoreferat-Nazaryan-MG\\_2019-v-pechat.pdf](https://www.sechenov.ru/upload/medialibrary/26f/Avtoreferat-Nazaryan-MG_2019-v-pechat.pdf) (дата обращения: 23.12.2022).
4. Либман Е.С., Рязанов Д.П. Инвалидность вследствие нарушения зрения в населении России // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Фёдоровские чтения-2014»; июнь 19–20, 2014. Москва. <https://eyeexpress.ru/article.aspx?14421> (дата обращения: 20.12.2022).
5. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е., Старостина Е.Г. Психиатрия в первичном звене здравоохранения: новое решение старой проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23. №4. С. 5–13.
6. Okasha T., Radwan A.S. The bidirectional relation between psychiatric disorders with selected cardiovascular and endocrinal diseases: An Egyptian perspective // Current Psychiatry Reports. 2015. Vol. 17. N. 1. P. 528. DOI: 10.1007/s11920-014-0528-y.

## ВЫВОДЫ

1. Проведённый обзор расширяет наши знания о возможных взаимосвязях психических расстройств и офтальмологической патологии. Анализируя доступные источники тематической литературы, можно сделать вывод о сопряжении офтальмологической патологии и повышенного риска возникновения психических заболеваний, таких как депрессия и тревожные расстройства.

2. В настоящее время малое количество исследований в данной области не позволяет дать однозначного ответа о характере и механизмах этих влияний, что, в свою очередь, диктует необходимость дальнейших исследований.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНО

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Вклад авторов.** Яковлев Д.А. — поисково-аналитическая работа; Шурыгина А.Д. — оформление публикации; Кузьмина С.В., Расчёсков А.Ю. — руководство работой.

**Funding.** This publication was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflicts of interests.

**Contribution of the authors.** D.A. Yakovlev — research and analytical work; A.D. Shurygina — design of the publication; S.V. Kuzmina, A.Yu. Rascheskov — work management.

7. Беккер Р.А., Быков Ю.В. Депрессия в офтальмологии — причина и следствие глазных болезней // Психические расстройства в общей медицине. 2016. №3. С. 36–42.
8. Rezapour J., Nickels S., Schuster A.K. et al. Prevalence of depression and anxiety among participants with glaucoma in a population-based cohort study: The Gutenberg health study // BMC Ophthalmology. 2018. Vol. 18. N. 1. P. 157. DOI: 10.1186/s12886-018-0831-1.
9. Bastawrous A., Burgess P.I., Mahdi A.M. et al. Posterior segment eye disease in sub-Saharan Africa: Review of recent population-based studies // Tropical Medicine & International Health. 2014. Vol. 19. N. 5. P. 600–609. DOI: 10.1111/tmi.12276.
10. Vidal K.S., Suemoto C.K., Moreno A.B. et al. Association between posterior segment eye diseases, common mental disorders, and depression: Cross-sectional and longitudinal analyses of Brazilian longitudinal study of adult health cohort // Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry. 2021. Vol. 62. N. 1. P. 70–78. DOI: 10.1016/j.psych.2020.03.001.
11. Zou Y., You W., Wang J. et al. Depression and retinopathy in patients with type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis // Psychosomatic Medicine. 2021. Vol. 83. N. 3. P. 239–246. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000924.
12. Chen X., Lu L. Depression in diabetic retinopathy: A review and recommendation for psychiatric management // Psycho-

- somatics. 2016. Vol. 57. N. 5. P. 465–471. DOI: 10.1016/j.psym.2016.04.003.
13. Xu X., Zhao X., Qian D. et al. Investigating factors associated with depression of type 2 diabetic retinopathy patients in China // PLoS One. 2015. Vol. 10. N. 7. P. e0132616. DOI: 10.1371/journal.pone.0132616.
14. Hirai F.E., Tielsch J.M., Klein B.E., Klein R. Relationship between retinopathy severity, visual impairment and depression in persons with long-term type 1 diabetes // Ophthalmic Epidemiology. 2012. Vol. 19. N. 4. P. 196–203. DOI: 10.3109/09286586.2012.692006.
15. Virgili G., Parravano M., Petri D. et al. The association between vision impairment and depression: A systematic review of population-based studies // Journal of Clinical Medicine. 2022. Vol. 11. N. 9. P. 2412. DOI: 10.3390/jcm11092412.
16. Дога А.В., Шкворченко Д.О., Крыль Л.А. и др. Регматогенная отслойка сетчатки: современные подходы к лечению // Клиническая офтальмология. 2020. Т. 20. №2. С. 72–78. DOI: 10.32364/2311-7729-2020-20-2-72-78.
17. Du Y., Mo X.H., Li X.L. et al. Vision-related quality of life and depression in rhegmatogenous retinal detachment patients // Medicine. 2019. Vol. 98. N. 4. P. e14225. DOI: 10.1097/MD.00000000000014225.
18. Smretschnig E., Falkner-Radler C.I., Binder S. et al. Vision-related quality of life and visual function after retinal detachment surgery // Retina. 2016. Vol. 36. N. 5. P. 967–973. DOI: 10.1097/IAE.0000000000000817.
19. Abu-Ameerh M., Alni`mat A., AlShawabkeh M., AlRyalat S.A. Vision-related quality of life after vitrectomy: Cross-sectional study from Jordan // Clinical Ophthalmology. 2021. N. 15. P. 1831–1838. DOI: 10.2147/OPHTH.S297896.
20. Berchuck S., Jammal A., Mukherjee S. et al. Impact of anxiety and depression on progression to glaucoma among glaucoma suspects // British Journal of Ophthalmology. 2021. Vol. 105. N. 9. P. 1244–1249. DOI: 10.1136/bjophthalmol-2020-316617.
21. Abe R.Y., Silva L.N.P., Silva D.M. et al. Prevalence of depressive and anxiety disorders in patients with glaucoma: A cross-sectional study // Arquivos Brasileiros de Oftalmologia. 2021. Vol. 84. N. 1. P. 31–36. DOI: 10.5935/0004-2749.20210006.
22. Zhang D., Fan Z., Gao X. et al. Illness uncertainty, anxiety and depression in Chinese patients with glaucoma or cataract // Scientific Reports. 2018. Vol. 8. N. 1. P. 11671. DOI: 10.1038/s41598-018-29489-1.
23. Kong X., Yan M., Sun X., Xiao Z. Anxiety and depression are more prevalent in primary angle closure glaucoma than in primary open-angle glaucoma // Glaucoma. 2015. Vol. 24. N. 5. P. e57–e63. DOI: 10.1097/IJG.0000000000000025.
24. Groff M.L., Choi B., Lin T. et al. Anxiety, depression, and sleep-related outcomes of glaucoma patients: Systematic review and meta-analysis // Canadian Journal of Ophthalmology. 2022. Vol. S0008-4182. N. 22. P. 00055-2. DOI: 10.1016/j.jcjo.2022.02.010.
25. Zhang X., Olson D.J., Le P. et al. The association between glaucoma, anxiety, and depression in a large population // American Journal of Ophthalmology. 2017. Vol. 183. P. 37–41. DOI: 10.1016/j.ajo.2017.07.021.
26. Lim N.C., Fan C.H., Yong M.K. et al. Assessment of depression, anxiety, and quality of life in Singaporean patients with glaucoma // Glaucoma. 2016. Vol. 25. N. 7. P. 605–612. DOI: 10.1097/IJG.0000000000000393.
27. Shin D.Y., Jung K.I., Park H.Y.L., Park C.K. The effect of anxiety and depression on progression of glaucoma // Scientific Reports. 2021. Vol. 11. N. 1. P. 1769. DOI: 10.1038/s41598-021-81512-0.
28. Dayal A., Sodimalla K.V.K., Chelerkar V., Deshpande M. Prevalence of anxiety and depression in patients with primary glaucoma in Western India // Glaucoma. 2022. Vol. 31. N. 1. P. 37–40. DOI: 10.1097/IJG.0000000000001935.
29. Mabuchi F., Yoshimura K., Kashiwagi K. et al. Risk factors for anxiety and depression in patients with glaucoma // British Journal of Ophthalmology. 2012. Vol. 96. N. 6. P. 821–825. DOI: 10.1136/bjophthalmol-2011-300910.
30. Zhou C., Qian S., Wu P., Qiu C. Anxiety and depression in Chinese patients with glaucoma: Sociodemographic, clinical, and self-reported correlates // Journal of Psychosomatic Research. 2013. Vol. 75. N. 1. P. 75–82. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2013.03.005.
31. Rezapour J., Nickels S., Schuster A.K. et al. Prevalence of depression and anxiety among participants with glaucoma in a population-based cohort study: The Gutenberg Health Study // BMC Ophthalmology. 2018. Vol. 18. N. 1. P. 157. DOI: 10.1186/s12886-018-0831-1.

## REFERENCES

1. Badimova AV. Features of the epidemiology of morbidity and disability due to diseases of the organs of vision in Russia and abroad. *Eruditio Juvenium*. 2020;8(2):261–268. (In Russ.) DOI: 10.23888/HMJ202082261-268.
2. *World report on vision*. Geneva: World Health Organization; 2019. 25 p.
3. Nazarian MG. *Kompleksnoe issledovanie invalidnosti vsledstvie boleznej glaza i ego pridatochnogo apparata i sovershenstvovanie sistemy mer po mediko-social'noj rehabilitacii*. Dis. ... d-ra med. nauk. M.; 2020. [https://www.sechenov.ru/upload/medialibrary/26f/Avtoreferat-Nazaryan-MG\\_2019-v-pechat.pdf](https://www.sechenov.ru/upload/medialibrary/26f/Avtoreferat-Nazaryan-MG_2019-v-pechat.pdf) (access date: 23.12.2022). (In Russ.)
4. Libman ES, Rjazanov DP. Disability due to visual impairment in the population of Russia. Proceedings of the Russian science conference “Fedorovskie chtenija-2014”. 2014 June 19–20. Moscow. <https://eyepress.ru/article.aspx?14421> (access date: 20.12.2022). (In Russ.)
5. Krasnov VN, Dovzhenko TV, Bobrov AE, Starostina EG. Psychiatry in primary health care: A new solution to an old problem. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija*. 2013;23(4):5–13. (In Russ.)
6. Okasha T, Radwan AS. The bidirectional relation between psychiatric disorders with selected cardiovascular and endocrinal diseases: An Egyptian perspective. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(1):528. DOI: 10.1007/s11920-014-0528-y.
7. Bekker RA, Bykov JuV. Major depression in ophthalmology: A cause or a consequence of an ocular disease. *Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicene*. 2016;(3):36–42. (In Russ.)
8. Rezapour J, Nickels S, Schuster AK et al. Prevalence of depression and anxiety among participants with glaucoma in a population-based cohort study: The Gutenberg health study. *BMC Ophthalmology*. 2018;18(1):157. DOI: 10.1186/s12886-018-0831-1.
9. Bastawrous A, Burgess PI, Mahdi AM et al. Posterior segment eye disease in sub-Saharan Africa: Review of recent population-based studies. *Tropical Medicine & International Health*. 2014;19(5):600–609. DOI: 10.1111/tmi.12276.
10. Vidal KS, Suemoto CK, Moreno AB et al. Association between

posterior segment eye diseases, common mental disorders, and depression: Cross-sectional and longitudinal analyses of Brazilian longitudinal study of adult health cohort. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*. 2021;62(1):70–78. DOI: 10.1016/j.psych.2020.03.001.

11. Zou Y, You W, Wang J et al. Depression and retinopathy in patients with type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*. 2021;83(3):239–246. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000924.

12. Chen X, Lu L. Depression in diabetic retinopathy: A review and recommendation for psychiatric management. *Psychosomatics*. 2016;57(5):465–471. DOI: 10.1016/j.psych.2016.04.003.

13. Xu X, Zhao X, Qian D et al. Investigating factors associated with depression of type 2 diabetic retinopathy patients in China. *PLoS One*. 2015;10(7):e0132616. DOI: 10.1371/journal.pone.0132616.

14. Hirai FE, Tielsch JM, Klein BE, Klein R. Relationship between retinopathy severity, visual impairment and depression in persons with long-term type 1 diabetes. *Ophthalmic Epidemiology*. 2012;19(4):196–203. DOI: 10.3109/09286586.2012.692006.

15. Virgili G, Parravano M, Petri D et al. The association between vision impairment and depression: A systematic review of population-based studies. *Journal of Clinical Medicine*. 2022;11(9):2412. DOI: 10.3390/jcm11092412.

16. Doga AV, Shkvorchenko DO, Kryl' LA et al. Rhegmatogenous retinal detachment: Modern approaches to treatment. *Klinicheskaja oftal'mologija*. 2020;20(2):72–78. (In Russ.) DOI: 10.32364/2311-7729-2020-20-2-72-78.

17. Du Y, Mo XH, Li XL et al. Vision-related quality of life and depression in rhegmatogenous retinal detachment patients. *Medicine*. 2019;98(4):e14225. DOI: 10.1097/MD.00000000000014225.

18. Smretschnik E, Falkner-Radler CI, Binder S et al. Vision-related quality of life and visual function after retinal detachment surgery. *Retina*. 2016;36(5):967–973. DOI: 10.1097/IAE.0000000000000817.

19. Abu-Ameerh M, Alni'mat A, AlShawabkeh M, AlRyalat SA. Vision-related quality of life after vitrectomy: Cross-sectional study from Jordan. *Clinical Ophthalmology*. 2021;15:1831–1838. DOI: 10.2147/OPTH.S297896.

20. Berchuck S, Jammal A, Mukherjee S et al. Impact of anxiety and depression on progression to glaucoma among glaucoma suspects. *British Journal of Ophthalmology*. 2021;105(9):1244–1249. DOI: 10.1136/bjophthalmol-2020-316617.

21. Abe RY, Silva LNP, Silva DM et al. Prevalence of depressive and anxiety disorders in patients with glaucoma: A cross-sectional study. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*. 2021;84(1):31–36. DOI: 10.5935/0004-2749.20210006.

22. Zhang D, Fan Z, Gao X et al. Illness uncertainty, anxiety and depression in Chinese patients with glaucoma or cataract. *Scientific Reports*. 2018;8(1):11671. DOI: 10.1038/s41598-018-29489-1.

23. Kong X, Yan M, Sun X, Xiao Z. Anxiety and depression are more prevalent in primary angle closure glaucoma than in primary open-angle glaucoma. *Glaucoma*. 2015;24(5):e57–e63. DOI: 10.1097/IJG.0000000000000025.

24. Groff ML, Choi B, Lin T et al. Anxiety, depression, and sleep-related outcomes of glaucoma patients: Systematic review and meta-analysis. *Canadian Journal of Ophthalmology*. 2022;S0008-4182(22):00055-2. DOI: 10.1016/j.jcjo.2022.02.010.

25. Zhang X, Olson DJ, Le P et al. The Association between glaucoma, anxiety, and depression in a large population. *American Journal of Ophthalmology*. 2017;(183):37–41. DOI: 10.1016/j.ajo.2017.07.021.

26. Lim NC, Fan CH, Yong MK et al. Assessment of depression, anxiety, and quality of life in Singaporean patients with glaucoma. *Glaucoma*. 2016;25(7):605–612. DOI: 10.1097/IJG.0000000000000393.

27. Shin DY, Jung KI, Park HYL, Park CK. The effect of anxiety and depression on progression of glaucoma. *Scientific Reports*. 2021;11(1):1769. DOI: 10.1038/s41598-021-81512-0.

28. Dayal A, Sodimalla KVK, Chelkerkar V, Deshpande M. Prevalence of anxiety and depression in patients with primary glaucoma in Western India. *Glaucoma*. 2022;31(1):37–40. DOI: 10.1097/IJG.0000000000001935.

29. Mabuchi F, Yoshimura K, Kashiwagi K et al. Risk factors for anxiety and depression in patients with glaucoma. *British Journal of Ophthalmology*. 2012;96(6):821–825. DOI: 10.1136/bjophthalmol-2011-300910.

30. Zhou C, Qian S, Wu P, Qiu C. Anxiety and depression in Chinese patients with glaucoma: Sociodemographic, clinical, and self-reported correlates. *Journal of Psychosomatic Research*. 2013;75(1):75–82. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2013.03.005.

31. Rezapour J, Nickels S, Schuster AK et al. Prevalence of depression and anxiety among participants with glaucoma in a population-based cohort study: The Gutenberg Health Study. *BMC Ophthalmology*. 2018;18(1):157. DOI: 10.1186/s12886-018-0831-1.

## ОБ АВТОРАХ

**Яковлев Денис Артурович**, ординатор, каф. психиатрии и медицинской психологии;

ORCID: <http://orcid.org/0009-0007-1032-8033>;

e-mail: fro\_zen@mail.ru

**Шурыгина Анна Дмитриевна**, ординатор, каф. психиатрии и медицинской психологии;

ORCID: <http://orcid.org/0009-0003-6409-4835>;

e-mail: a.shurygina0603@gmail.com

**Кузьмина Светлана Валерьевна**, докт. мед. наук, доц., каф. психиатрии и медицинской психологии;

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7330-1213>;

eLibrary SPIN: 8014-5669; e-mail: skouzmina21@list.ru

**Расчёсков Александр Юрьевич**, канд. мед. наук, главный врач;

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6147-5593>;

eLibrary SPIN: 3529-9460; e-mail: raskovclinic@mail.ru

## AUTHOR'S INFO

**Denis A. Jakovlev**, Resident, Depart. of Psychiatry and Medical Psychology;

ORCID: <http://orcid.org/0009-0007-1032-8033>;

e-mail: fro\_zen@mail.ru

**Anna D. Shurygina**, Resident, Depart. of Psychiatry and Medical Psychology;

ORCID: <http://orcid.org/0009-0003-6409-4835>;

e-mail: a.shurygina0603@gmail.com

**Svetana V. Kuzmina**, M.D., Dr. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Depart. of Psychiatry and Medical Psychology;

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7330-1213>;

eLibrary SPIN: 8014-5669; e-mail: skouzmina21@list.ru

**Alexandr Yu. Rascheskov**, Cand. Sci. (Med.), Chief Physician;

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6147-5593>;

eLibrary SPIN: 3529-9460; e-mail: raskovclinic@mail.ru

УДК: 316.61:616.892-056.24

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb323147>

## Сложности диагностики расстройств личности: переход от категорий к дименсиям. Клинический случай

А.А. Каток, Т.З. Бейбалаева

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Автор, ответственный за переписку: Тангюль Загировна Бейбалаева, [tanguel23@gmail.com](mailto:tanguel23@gmail.com)

### **АННОТАЦИЯ**

В данной статье освещены особенности категориального и дименсионального подходов к диагностике расстройств личности. Продемонстрировано применение Международной классификации болезней 10-го пересмотра и Международной классификации болезней 11-го пересмотра на примере клинического случая пациентки с расстройством личности со смешанными диссоциативными симптомами. Рассмотрены преимущества и недостатки обоих подходов, вопросы необходимости внедрения в клиническую практику валидизированных инструментов для оценки степени тяжести расстройств личности.

**Ключевые слова:** *расстройство личности, степень тяжести, категориальный подход, дименсиональный подход, спецификаторы.*

### **Для цитирования:**

Каток А.А., Бейбалаева Т.З. Сложности диагностики расстройств личности: переход от категорий к дименсиям. Клинический случай // Неврологический вестник. 2023. Т. LV. Вып. 2. С. 62–70. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb323147>.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb323147>

## Challenges in diagnosing personality disorders: transitioning from categories to dimensions. Clinical case.

Alena A. Katok, Tangyul Z. Beybalaeva

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

*Corresponding author:* Tangyul Z. Beybalaeva, [tanguel23@gmail.com](mailto:tanguel23@gmail.com)

### **ABSTRACT**

This article discusses the features of categorical and dimensional approaches to diagnosing personality disorders. The application of the ICD-10 and ICD-11 classifications is demonstrated using a clinical case of a patient with a personality disorder with mixed dissociative symptoms. The advantages and disadvantages of both approaches are considered, as well as the need to implement validated tools for assessing the severity of personality disorders in clinical practice.

**Keywords:** *personality disorder, severity, categorical approach, dimensional approach, specifiers.*

### **For citation:**

Katok AA, Beybalaeva TZ. Challenges in diagnosing personality disorders: transitioning from categories to dimensions. Clinical case. *Neurology Bulletin*. 2023;LV(2):62–70. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb323147>.



В настоящее время в действующей Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) применяют категориальный подход к диагностике расстройств личности [1]. Большинство современных исследователей едины во мнении, что подход ассоциирован со значительными ограничениями [2]:

- наличие в клинической картине черт более чем одного расстройства личности;
- значительная гетерогенность в клинической картине пациентов, имеющих диагноз одного и того же расстройства личности, а это означает, что два пациента с конкретным расстройством могут иметь очень мало общих признаков;
- нестабильность симптоматики в течение жизни у пациентов с расстройством личности;
- существующие поликритерии с недостаточной эмпирической основой и ограниченной валидностью для выделения клинического единства в рамках одного и того же расстройства личности;
- недостаточная охваченность в критериях личностной патологии.

В то же время степень тяжести — важнейшая характеристика расстройств личности. При этом нынешние диагностические системы DSM-5 (от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам) и МКБ-10 её не содержат [3].

По данным литературы, тяжесть расстройств личности определяют различными способами — Self and Interpersonal Functioning Scale (SIFS), Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1), Structured Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale (SCID-AMPD Module I), Personality Inventory for DSM-5 (PID-5), Personality Trait Rating Form (PTRF), Structured Clinical Interview for Personality Traits (SCID-AMPD Module II), Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD). При этом ни одна из шкал не является совершенной и сопряжена с различными ограничениями, однако существует общий консенсус в том, что тяжесть расстройств личности неразрывно связана с уровнем дезадаптации [4–11].

В МКБ-11 был предложен дименсиональный подход для классификации расстройств личности, где изменения концептуализируют тяжесть главным образом как дисфункцию или проблемы, связанные с личностью человека [12, 13]. Важно отметить, что в то время как DSM-5 предлагает

альтернативную модель с определёнными типами расстройств личности, МКБ-11 делает шаг в сторону упрощения диагностики, объединяя различные расстройства личности в одну категорию с разной выраженностью, измеряемой как личностные трудности, лёгкая, умеренная и тяжёлая степени, с применением пяти дескриптивных квалификаторов личностных черт в категориальном виде (присутствует/отсутствует): негативная аффективность, отстранённость, асоциальность, расторможенность и ананкастность для дополнительного определения характеристик расстройства личности у конкретного пациента [14].

Этот подход призван улучшить надёжность и применимость диагностики расстройств личности в разных культурных и клинических контекстах, а спецификаторы могут помочь врачам разрабатывать индивидуальные планы лечения, основанные на конкретных проблемах и потребностях пациента [15].

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

В данной публикации мы хотим представить вашему вниманию случай пациентки имеющей отдельные клинические признаки нескольких вариантов расстройств личности.

Пациентка М. 18 лет. Наследственность психическими заболеваниями отягощена: дед болел шизофренией (был под наблюдением психиатра по месту жительства), мать страдает алкогольной зависимостью (за наркологической помощью не обращалась). Мать злоупотребляет алкоголем, пьёт запоями по 1–1,5 нед, «её на улице находим», бывают «светлые промежутки» по 1–2 мес.

Родилась в Камских полянах, вторая из двоих детей (есть сестра старше на 8 лет). Мать по профессии портниха, отец работает конструктором на заводе. Отношения в семье «нормальные»: с матерью отношения «дружеские», может сказать ей «ты дура что ли»; хорошо отзывается о бабушке со стороны отца — «она была опорой, я к ней испытывала уважение»; не чувствует никакой связи с отцом «отец не разговаривал никогда», «но сейчас (когда начала обследоваться у врачей в связи с приступами) он меня поддерживает».

Во время беременности мать выпивала. Масса тела при рождении 4500 г, «голову не так достали». Рано начала читать, писать в 1 год. Посещала ясли с 1,5 лет. Была очень активным ребёнком. Близкие доверительные отношения с бабушкой по линии

отца. В школу пошла в 6 лет. По характеру вспыльчивая, «правдолюбка». В школе общалась только с одной подругой, но сейчас с ней связь не поддерживает «она работала закладчицей», потом, когда её «взяла полиция», переехала в другой город. Школу окончила без троек, свободно говорит на английском языке.

Занималась в период школьного обучения спортивной акробатикой, посещала 1 год художественную школу, «я во многом превосхожу других людей». Окончив 9 классов, переехала в Казань. Поступила в художественное училище (в настоящее время учится на третьем курсе очно, была переведена на бюджетную основу обучения), «я одна из лидеров, у меня хорошие оценки», одновременно с этим говорит, что не чувствует гордости за то, что хорошо учится «я как будто другой человек, вот она хорошо учится, она молодец».

Жила на съёмных квартирах, меняла их несколько раз: первый раз жила с другими людьми «их было много, вызывали полицию туда, меня попросили съехать», второй раз поменяла квартиру, так как соседи не помогали ей в период «приступа», третий раз жила с молодым человеком «съехали, так как завелись тараканы», далее разошлась с парнем «так как был ревнивый», снова переехала на другую квартиру, снимает её со знакомыми.

Работает в свободное от учёбы время тату-мастером (2,5 года), ранее работала на дому, сейчас время от времени без стабильного графика практикует в салоне, выходит «по настроению», долгосрочных планов по построению карьеры не имеет.

В 13 лет была в компании, влюбилась в парня Г., а встречалась с его другом. Жила с ним 2,5 года «быт был отличным, я его не любила», расстались за месяц до обращения к психиатру «был очень ревнивым, часто требовал, чтобы я сказала, что ему изменила». Сейчас планирует построить отношения с первой любовью Г., но он проживает в другом городе.

Менструации с 12 лет, регулярные. B0, P0, A0. Половая жизнь с 14 лет.

Алкоголь впервые попробовала в 14 лет, предпочитала пиво, максимальная толерантность 1–3 л. Запой отрицает. Не опохмеляется. Алкогольные психозы отрицает. С 13 лет 1 раз в 2 мес курила марихуану. Полгода курила её несколько раз в неделю. В период опьянения испытывает веселье, лёгкость. Курит по 6 сигарет в день.

В 13 лет во время прогулки в парке с другом стала вести себя «как дикое животное, набрасывалась на него, всё было мутным, как в замедленном действии, свет выключился».

С тех пор периодически бывают приступы с судорогами «в этот период сильно трясёт, появляются образы в голове, я как будто в другом месте, вижу чужую жизнь». Последний приступ описывает за 2 дня перед осмотром врача, когда испытывала нехватку воздуха, было тяжёлым дыхание, текли слюна и слёзы. В период приступа её друзья поворачивают на бок «сама эти периоды не помню, ощущаю, что что-то не так происходит, всё как ненастоящее, кадры», «после приступа прихожу в себя, и всё нормально». Спровоцировать приступ могут громкий звук, испуг, резкие движения — «я не смотрю фильм ужасов из-за этого».

В своём состоянии отмечает цикличность «жизнь идёт волнами», когда она начинает испытывать «гиперреактивность, деятельность», потом испытывает состояние «ауру» — «всё как сон, всё нереально, она есть, а меня как будто нет, можно делать всё что угодно, смысла нет, далее идёт приступ, потом я обычный человек». В период приступа может драться.

Описание приступов со слов пациентки: «почувствовала, что стала агрессивной, испытывала сильную головную боль — сверху и сбоку болело, утомилась, был «сложный рисунок на учёбе», появилась пелена перед глазами, всё раздражало, резко реагировала на всё, материлась. Потом начала плакать, лежала, начало трясти, со слов друзей задерживала дыхание, глаза закатывались, длилось 10 мин, ощущала какие то звуки в этот период, цвета «я была не здесь, где-то во сне», открыла глаза и чувствовала слабость. Следующий приступ: испытывала головную боль, «всё было размыто, текли слюни». Стало плохо в аптеке, позвали друзей, друг помог дойти до комнаты «я никакая, пить не могу, начало подёргивать меня, шла истерика 2 ч, я орала, выбрасывала кружки из окна».

Обращалась за помощью к психиатрам в разные клиники на протяжении 2 лет (принимала: азафен, фенибут, рисперидон, вальпроевую кислоту). Лежала в психиатрическом отделении с февраля по март 2021 г. (25 дней) с жалобами на «приступы потемнения в глазах, тремор, чувство страха», сниженное настроение. В отделении поведение упорядоченное, ни с кем не конфликтовала, общалась с соседками по палате, на фоне лечения сообщила «ну сейчас я чувствую себя

лучше, больше не трясло». Было рекомендовано принимать сертралин 100 мг и фенибут 250 мг 2 раза в день, внутрь.

*Консультация медицинского психолога.* При экспериментально-психологическом исследовании на фоне формального отношения к ситуации исследования и достаточных интеллектуально-мнестических возможностях выявлены нарушения целенаправленности мышления с нечёткостью и непоследовательностью с нарушением операционального звена по типу искажения процессов обобщения с актуализацией латентных признаков, смысловые смещения и нарушения ассоциативных процессов. Внимание концентрируется достаточно, критические способности нарушены. В структуре личности: черты эмоциональной незрелости, эгоцентризма, ирреальность завышенных притязаний, ориентировка на внутренние критерии, затруднения межличностных контактов сочетаются с повышенной активностью, аффективная ригидность, склонность к подозрительности, проекции собственных отрицательных качеств или тенденций, не совместимые с концепцией своего Я. Эти качества могут обуславливать злопамятность и лёгкое возникновение враждебных реакций. Забота о состоянии соматического здоровья выступает как тема, с помощью которой выражается аффективная ригидность. Вероятно формирование аффективно насыщенных и трудно корригируемых концепций, связанных с состоянием физического здоровья, сверхценных образований. Актуальное состояние характеризуется напряжённостью, тревожностью, связанными с повышением контроля непоследовательных реакций, настороженностью и недоверчивостью с неадекватностью эмоциональных проявлений.

*Рентгенография черепа в боковой проекции.* Кости свода черепа без особенностей, турецкое седло овальной формы, структурные элементы без особенностей. Пальцевидные вдавления лобной и теменной областей.

*Эхоэнцефалография.* Эхографических данных, указывающих на смещение срединных структур головного мозга, не выявлено. Ликворопроводящие пути не расширены.

*Электроэнцефалография (ЭЭГ).* Биоэлектрическая активность головного мозга в пределах возрастной нормы. Общемозговые изменения лёгкие в виде дезорганизации альфа-ритма. При гипервентиляции — без дополнительной информации. Межполушарной асимметрии нет. Ориен-

тировочная реакция на афферентные раздражители отчётливая. Лабильность коры снижена. Очаговой медленноволновой активности не выявлено. Эпилептиформной активности на момент записи не зарегистрировано.

*Консультация офтальмолога.* Глазное дно, диски зрительного нерва бледно-розовые. Границы чёткие, сосуды в норме.

*Консультация невролога.* Признаки микроочагового поражения центральной нервной системы с синдромом вегетативной дисфункции.

После выписки рекомендуемые препараты принимала непродолжительное время: сертралин, фенибут, улучшения состояния не отмечала.

В связи с учащением «приступов», стала обращаться за помощью к специалистам.

*Январь 2022 г.* Была проконсультирована эпилептологом, рекомендовано: магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга по программе «Эпилепсия», ЭЭГ-видеомониторинг.

*Февраль 2022 г.* Во время проведения МРТ был приступ, в связи с чем не смогла пройти исследование до конца, была осмотрена неврологом в центре проведения МРТ — больше данных за эпи-приступ с судорожным синдромом с изменением уровня сознания. Артериальное давление 90/60 мм рт.ст., пульс 95 в минуту, частота дыхания 20 в минуту. Прошла ЭЭГ-мониторинг, во время которого возник «очередной приступ». Заключение: в 16:15 зарегистрирован психогенный приступ. Эпи-активности, эпи-приступов и их ЭЭГ-паттернов в ходе исследования (включая период нарушенного сознания) не зарегистрировано.

*Март 2022 г.* Была проконсультирована эпилептологом: психовегетативный синдром с частыми вегетативными пароксизмами, функциональными неврологическими нарушениями, синкопальными, астено-неврологическими проявлениями. Данных за эпи-генез пароксизмальных состояний нет. По рекомендации эпилептолога начала приём лекарственных препаратов (ламотриджин, клоназепам), пришла на приём к психиатру.

*Консультация психиатра.* Аллергический анамнез не отягощён. Туберкулёз, инфекцию, вызванную вирусом иммунодефицита человека, гепатит, кожно-венерические заболевания, черепно-мозговые травмы отрицает. Операции: аппендэктомия. Гемотрансфузии отрицает. Хронические заболевания: отрицает.

*Психический статус.* Одета небрежно, одежда тёмных тонов, сидит свободно, вытянув ноги или

положив ногу на ногу, одежда больше на пару размеров. Тут же рассказывает, что свитер нашла на мусорке, сама над этим шутит, смеётся «он лежал в пакете, я посмотрела, хороший свитер», «я тоже так делаю, ненужные вещи стираю и аккуратно кладу на мусорке». Волосы покрашены в розовый цвет: «я знакомой сказала, давай в розовый цвет и виски выбрей, прикольно же». В беседе изредка жестукирует руками. На ногах и руках татуировки. Говорит уверенно, с превосходством: «остальные в училище бездарность, я одна из лидеров, у меня хорошие оценки».

Зрительный контакт в беседе поддерживает, следит за реакцией врача. Выражение лица надменное. Говорит обычным голосом, в беседе употребляет грубые нецензурные выражения, на замечание подчёркивает «я же не матерюсь». Ориентирована в месте, времени и собственной личности верно. Внимание привлекается и удерживается недостаточно, фиксирована на своих ощущениях. «Я сейчас ощущаю всё по-другому, ощущаю себя как в детском лагере, всё какое-то нереальное». «Я не могу думать, мне мозг постоянно что-то говорит, нет не так», — поправляет себя — «мозг работает, я не могу перестать думать».

Задание на серийный счёт выполняет с ошибками, не пытается себя поправить, когда врач переспрашивает (100–7=93; 93–7=66; 66–7=59; 59–7=52). Что общего апельсин-яблоко-персик — «их можно съесть», что значит поговорка трава всегда зеленее у соседа — «зависть», в чём разница между птицей и самолётом — «самолет может выше летать». В беседе делает замечания врачу «я не досказала ещё».

Настроение неустойчивое. Отмечает эпизоды раздражения «это эпизоды из-за непонимания, я — это проекция людей с кем я общаюсь». «Я плакать хочу, но не могу, либидо нет, я со всеми, но я одна, раньше было весело, одним что-то расскажу, поугараю, меня воспринимают, что я крутая, тату-мастер, вся жизнь как будто папа взятку дал, все гладко идёт». С трудом описывает свои переживания «не понимаю, что я чувствую».

Мышление в обычном темпе, последовательное. Галлюцинаторно-бредовую продукцию отрицает. Требовательно спрашивает у врача «вы там всё пишете, а что это у меня, теперь давайте вы говорите!» В конце беседе тихим голосом сказала, что сильно страдает из-за приступов, так как от неё отворачиваются друзья. Аппетит обычный. Суицидальные мысли категорически отрицает

«я не хочу себя убивать, делать больно». Сон хороший «но чуткий, поэтому плохо спала в больнице, когда лежала». Отмечает, что ей не хватает внимания окружающих, «я очень проблемная, беспомощная, я подстраиваюсь под окружающих, я хочу, чтоб кто-то рядом жил, боюсь остаться одна», призналась «сплю со знакомым парнем, так как он мне оказывает внимание». Рассказала о том, что ночевала у знакомого в другом городе, и он ей предложил половую связь, «он ждал её, я не отказала», откровенно говорит о сексуальных связях.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Данный клинический случай составляет сложность в необходимости дифференцировки истинной эпилептической активности и псевдоэпилептических приступов, а также в наличии полиморфной клинической картины, включающей как явления дереализации, периоды помрачённого сознания, псевдоэпилептических приступов, так и черты отдельных расстройств личности [16].

По данным ЭЭГ-видеомониторинга был зафиксирован психогенный приступ, выражавшийся в помрачении сознания длительностью 4 мин 38 с с последующей амнезией, при этом эпи-активности, эпи-приступов и их ЭЭГ-паттернов в ходе исследования (включая период нарушенного сознания) не зарегистрировано, что позволяет расценить данную симптоматику по МКБ-10 как «F44.7. Диссоциативные расстройства смешанные» [17].

Применяя критерии МКБ-10, в которой используют категориальный подход, достаточно сложной задачей становится определение ведущего расстройства личности у данной пациентки, поскольку можно наблюдать черты истерического, диссоциального, эмоционально-неустойчивого, зависимого расстройств личности. В связи с этим в действующей диагностической системе выставляют диагноз «F61.0. Смешанное расстройство личности», не отражающий ни выраженности социальной дисфункции, ни заострённых личностных черт [17].

В МКБ-11 используют дименсиональный подход, позволяющий определить у пациентки не только наличие патологии личности, но и степень тяжести расстройства личности, выделить ведущие спецификаторы [14, 15].

Пациентка М. выросла в доме с низким доходом и тяжёлым семейным климатом, характеризующимся эмоциональным и физическим пренебре-

жением. У неё нет близких друзей, круг общения ограничен знакомыми, с семьёй отношения неблизкие. Есть искажения в межличностной оценке, трудности с поддержанием положительной самооценки, заметные психосоциальные нарушения в ведущих областях: семейной, социальной, профессиональной, интраперсональной сферах. В состоянии стресса пациентка страдает от диссоциативных состояний, включая симптомы дереализации и периоды помрачённого сознания, характеризующиеся судорогами, психомоторным возбуждением, частичной амнезией. Она использует половые связи в своих попытках удовлетворить свою потребность в близких отношениях и внимании.

Таким образом, если применять дименсиональный подход в диагностике данного клинического случая, мы видим тяжёлое расстройство личности (6D10.2 согласно МКБ-11) с вовлечением нескольких спецификаторов: расторможенность (например, беспечность, неспособность к планированию), асоциальность (поиск внимания, чувство собственной грандиозности, эгоцентризм), негативная эффективность (испытывает негативные эмоции, не соответствующие ситуации, например раздражение, низкая самооценка, депрессивность) [18].

В данном случае диагноз умеренного расстройства личности, по нашему мнению, неприменим, поскольку пациентка имеет значительные трудности с поддержанием даже нескольких дружеских и личных отношений, не имеет постоянной работы, планов, в анамнезе присутствуют неоднократные периоды помрачения сознания, судорожные приступы, вкуче приводящие к значительной дезадаптации.

Первой линией терапии пациента с расстройством личности служит психотерапия, как групповая, так и индивидуальная. Рекомендованы направления с доказанной эффективностью: диалектическая поведенческая терапия, когнитивно-поведенческая терапия, схема-терапия [19, 20].

В настоящее время не существует специфической медикаментозной терапии, направленной на лечение конкретных расстройств личности. Психофармакотерапия должна целенаправленно воздействовать на определённые симптомы-мишени.

В данном клиническом случае с целью коррекции подавленного настроения, импульсивности, раздражительности, безнадёжности, стаби-

лизации настроения пациентке была рекомендована психотерапия, а также медикаментозная терапия антидепрессантом группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина эсциталопрамом и нормотимиком ламотриджином.

В этой статье мы продемонстрировали применение классификаций МКБ-10 и МКБ-11 на примере непростого клинического случая, учитывая все аспекты диагностических критериев. По классификации МКБ-10 не представилось возможным установить диагноз конкретного расстройства личности, который мог бы отражать клиническую картину и тяжесть проявлений. Классификация расстройств личности МКБ-11 оказалась применимой к данному кейсу, который был классифицирован согласно тяжести расстройства личности и квалификаторам области черт характера.

Мы можем сделать вывод, что в целом МКБ-11 предоставляет более гибкую и интегративную систему для диагностики расстройств личности, позволяя клиницистам оценивать степень тяжести нарушений, а также учитывать специфические черты характера, которые могут варьировать у разных пациентов, что способно помочь в определении клинического прогноза, направления, тактики и интенсивности лечения.

Однако остаётся ещё ряд вопросов и сложностей, к примеру не до конца ясно, как учитывать сопутствующую патологию при определении тяжести расстройств личности. Также мы согласны с данными международных исследований в том, что существует острая необходимость применения клинических шкал с целью оценки тяжести расстройства личности по конкретным критериям, для чего необходимы дополнительные исследования валидности оценки выраженности симптомов, их частоты и персистенции.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНО

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Вклад авторов.** *Каток А.А.* — обследование пациентки, анализ клинического случая; *Бейбалаева Т.З.* — обзор литературы, анализ клинического случая.

**Funding.** This publication was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflicts of interests.

**Contribution of the authors.** *A.A. Katok* — examination of the patient, analysis of the clinical case; *T.Z. Beybalaeva* — literature review, analysis of a clinical case.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- Zimmerman M., Morgan T.A., Stanton K. The severity of psychiatric disorders // *World Psychiatry*. 2018. Vol. 17. N. 3. P. 258–275. DOI: 10.1002/wps.20569.
- Torgersen S. Prevalence, sociodemographics, and functional impairment. In: *American psychiatric association publishing textbook of personality disorders*. 3rd ed. A.E. Skodol, J.M. Oldham eds. American Psychiatric Association Publishing; 2021. 143 p.
- Hopwood C.J., Kotov R., Krueger R.F. et al. The time has come for dimensional personality disorder diagnosis // *Personality and Mental Health*. 2017. Vol. 12. N. 1. P. 82–86. DOI: 10.1002/pmh.1408.
- Tyrer P., Reed G.M., Crawford M.J. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder // *Lancet*. 2015. Vol. 385. N. 9969. P. 717–726. DOI: 10.1016/s0140-6736(14)61995-4.
- Oltmanns J.R., Widiger T.A. A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The personality inventory for ICD-11 // *Psychological Assessment*. 2017. Vol. 30. N. 2. P. 154–169. DOI: 10.1037/pas0000459.
- Clark L.A., Nuzum H., Ro E. Manifestations of personality impairment severity: Comorbidity, course/prognosis, psychosocial dysfunction, and “borderline” personality features // *Current Opinion in Psychology*. 2018. N. 21. P. 117–121. DOI: 10.1016/j.copsyc.2017.12.004.
- Weekers L.C., Hutsebaut J., Kamphuis J.H. The level of personality functioning scale-brief form 2.0: Update of a brief instrument for assessing level of personality functioning // *Personality and Mental Health*. 2019. Vol. 13. N. 1. P. 3–14. DOI: 10.1002/pmh.1434.
- Zimmermann J., Kerber A., Rek K. et al. A brief but comprehensive review of research on the alternative DSM-5 model for personality disorders // *Current Psychiatry Reports*. 2019. Vol. 21. N. 92. P. 1–19. DOI: 10.1007/s11920-019-1079-z.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596> (access date: 05.04.2023).
- Olajide K., Munjiza J., Moran P. et al. Development and psychometric properties of the Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD) // *Journal of Personality Disorders*. 2018. Vol. 32. N. 1. P. 44–56. DOI: 10.1521/pedi\_2017\_31\_285.
- Bach B., Sellbom M., Kongerslev M. et al. Deriving ICD-11 personality disorder domains from DSM-5 traits: Initial attempt to harmonize two diagnostic systems // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2017. Vol. 136. N. 1. P. 108–117. DOI: 10.1111/acps.12748.
- Tyrer P., Mulder R., Kim Y.R., Crawford M.J. The development of the ICD-11 classification of personality disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics // *Annual Review of Clinical Psychology*. 2019. Vol. 15. P. 481–502. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736.
- Huprich S.K. Moving beyond categories and dimensions in personality pathology assessment and diagnosis // *The British Journal of Psychiatry*. 2018. Vol. 213. N. 6. P. 685–689. DOI: 10.1192/bjp.2018.149.
- Bach B., First M.B. Application of the ICD-11 classification of personality disorders // *BMC Psychiatry*. 2018. Vol. 18. N. 1. P. 351. DOI: 10.1186/s12888-018-1908-3.
- Reed G.M. Progress in developing a classification of personality disorders for ICD-11 // *World Psychiatry*. 2018. Vol. 17. N. 2. P. 227–229. DOI: 10.1002/wps.20533.
- Менделевич В.Д., Ивашев А.С., Газизуллин Т.П., Менделевич Е.Г. Психопатологические загадки расстройства множественной личности (диссоциативного расстройства идентичности). Случай Даниила А. // *Неврологический вестник*. 2023. Т. LV. Вып. 1. С. 79–92. DOI: 10.17816/nb121212.
- Международная классификация болезней МКБ-10. <http://www.mkb10.ru> (дата обращения: 08.04.2023).
- МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. 2-е издание, переработанное и дополненное. М.: КДУ, Университетская книга; 2022. 432 с. DOI: 10.31453/kdu.ru.91304.0172.
- Matusiewicz A.K., Hopwood C.J., Banducci A.N., Lejuez C.W. The effectiveness of cognitive behavioral therapy for personality disorders // *Psychiatric Clinics of North America*. 2010. Vol. 33. N. 3. P. 657–685. DOI: 10.1016/j.psc.2010.04.007.
- Cristea I.A., Gentili C., Cotet C.D., et al. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis // *JAMA Psychiatry*. 2017. Vol. 74. N. 4. P. 319–328. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.4287.

## REFERENCES

- Zimmerman M, Morgan TA, Stanton K. The severity of psychiatric disorders. *World Psychiatry*. 2018;17(3):258–275. DOI: 10.1002/wps.20569.
- Torgersen S. Prevalence, sociodemographics, and functional impairment. In: *American psychiatric association publishing textbook of personality disorders*. 3rd ed. AE Skodol, JM Oldham eds. American Psychiatric Association Publishing; 2021. 143 p.
- Hopwood CJ, Kotov R, Krueger RF et al. The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. *Personality and Mental Health*. 2017;12(1):82–86. DOI: 10.1002/pmh.1408.
- Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*. 2015;385(9969):717–726. DOI: 10.1016/s0140-6736(14)61995-4.
- Oltmanns JR, Widiger TA. A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The personality inventory for ICD-11. *Psychological Assessment*. 2017;30(2):154–169. DOI: 10.1037/pas0000459.
- Clark LA, Nuzum H, Ro E. Manifestations of personality impairment severity: Comorbidity, course/prognosis, psychosocial dysfunction, and “borderline” personality features. *Current Opinion in Psychology*. 2018;21:117–121. DOI: 10.1016/j.copsyc.2017.12.004.
- Weekers LC, Hutsebaut J, Kamphuis JH The level of personality functioning scale-brief form 2.0: Update of a brief instrument for assessing level of personality functioning. *Personality and Mental Health*. 2019;13(1):3–14. DOI: 10.1002/pmh.1434.
- Zimmermann J, Kerber A, Rek K et al. A brief but comprehensive review of research on the alternative DSM-5 model for personality disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2019;21(92):1–19. DOI: 10.1007/s11920-019-1079-z.

9. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596> (access date: 05.04.2023).
10. Olajide K, Munjiza J, Moran P et al. Development and psychometric properties of the Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD). *Journal of Personality Disorders*. 2018;32(1):44–56. DOI: 10.1521/pedi\_2017\_31\_285.
11. Bach B, Sellbom M, Kongerslev M et al. Deriving ICD-11 personality disorder domains from DSM-5 traits: Initial attempt to harmonize two diagnostic systems. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2017;136(1):108–117. DOI: 10.1111/acps.12748.
12. Tyrer P, Mulder R, Kim YR, Crawford MJ. The development of the ICD-11 classification of personality disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2019;15:481–502. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736.
13. Huprich SK. Moving beyond categories and dimensions in personality pathology assessment and diagnosis. *The British Journal of Psychiatry*. 2018;213(6):685–689. DOI: 10.1192/bjp.2018.149.
14. Bach B, First MB. Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):351. DOI: 10.1186/s12888-018-1908-3.
15. Reed GM. Progress in developing a classification of personality disorders for ICD-11. *World Psychiatry*. 2018;17(2):227–229. DOI: 10.1002/wps.20533.
16. Mendelevich VD, Ivashev AS, Gazizullin TR, Mendelevich EG. Psychopathological riddles of multiple personality disorder (dissociative identity disorder). The case of Daniel A. *Neurology Bulletin*. 2023;LV(1):79–92. (In Russ). DOI: <https://doi.org/10.17816/nb121212>.
17. *International classification of diseases ICD-10*. <http://www.mkb10.ru> (access date: 08.04.2023).
18. *MKB-II. Glava 06. Psihicheskie i povedencheskie rasstrojstva i narusheniya nejropsihicheskogo razvitiya. Statisticheskaya klassifikaciya*. 2-e izdanie, pererabotannoe i dopolnennoe. M.: KDU, Universitetskaya kniga; 2022. 432 p. In Russ. DOI: 10.31453/kdu.ru.91304.0172.
19. Matusiewicz AK, Hopwood CJ, Banducci AN, Lejuez CW. The effectiveness of cognitive behavioral therapy for personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 2010;33(3):657–685. DOI: 10.1016/j.psc.2010.04.007.
20. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD et al. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(4):319–328. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.4287.

## ОБ АВТОРАХ

**Каток Алёна Алямовна**, ассистент, каф. психиатрии и медицинской психологии;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9046-3532>;  
eLibrary SPIN: 4511-6293;  
e-mail: [alenaakatok@gmail.com](mailto:alenaakatok@gmail.com)

**Бейбалаева Тангюль Загировна**, ассистент, каф. психиатрии и медицинской психологии;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5262-6852>;  
eLibrary SPIN: 7616-2990;  
e-mail: [tanguel23@gmail.com](mailto:tanguel23@gmail.com)

## AUTHOR'S INFO

**Alena A. Katok**, Assistant, Depart. of Psychiatry and Medical Psychology;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9046-3532>;  
eLibrary SPIN: 4511-6293;  
e-mail: [alenaakatok@gmail.com](mailto:alenaakatok@gmail.com)

**Tangyul Z. Beybalaeva**, Assistant, Depart. of Psychiatry and Medical Psychology;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5262-6852>;  
eLibrary SPIN: 7616-2990;  
e-mail: [tanguel23@gmail.com](mailto:tanguel23@gmail.com)

УДК: 616.89-008

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb430231>

## Нервная анорексия и нервная булимия: неужели болезни-антиподы?

Ю.П. Сиволап<sup>1</sup>, А.А. Портнова<sup>2</sup><sup>1</sup>Российский университет дружбы народов, Москва, Россия<sup>2</sup>Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, Москва, Россия*Автор, ответственный за переписку:* Юрий Павлович Сиволап, [yura-sivolap@yandex.ru](mailto:yura-sivolap@yandex.ru)

### АННОТАЦИЯ

Нервная анорексия и нервная булимия представляют основные формы расстройств пищевого поведения и характеризуются как явным сходством, так и определёнными различиями между собой. Общность двух расстройств определяется преимущественным возникновением у женщин подросткового и молодого возраста, ухудшением физического здоровья, значительной психиатрической коморбидностью и высоким суицидальным риском. Основным направлением помощи как при нервной анорексии, так и при нервной булимии служит психотерапия. В то же время, в отличие от нервной анорексии, нервная булимия предполагает применение фармакологических средств с доказанной клинической эффективностью. Пациенты с нервной булимией демонстрируют более выраженную мотивацию к лечению и более высокую приверженность терапии.

**Ключевые слова:** *расстройства пищевого поведения, нервная анорексия, нервная булимия, дети и подростки, когнитивно-поведенческая терапия, семейная психотерапия, антипсихотики второго поколения, оланзапин, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, флуоксетин.*

### Для цитирования:

Сиволап Ю.П., Портнова А.А. Нервная анорексия и нервная булимия: неужели болезни-антиподы? // Неврологический вестник. 2023. Т. LV. Вып. 2. С. 71–80. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb430231>.



DOI: <https://doi.org/10.17816/nb430231>

## **Anorexia nervosa and bulimia nervosa: are these diseases really antipodes?**

Yury P. Sivolap<sup>1</sup>, Anna A. Portnova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>RUDN University, Moscow, Russia

<sup>2</sup>The Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow, Russia

*Corresponding author:* Yury P. Sivolap, [yura-sivolap@yandex.ru](mailto:yura-sivolap@yandex.ru)

### **ABSTRACT**

Anorexia nervosa and bulimia nervosa are the main forms of eating disorders that characterized by both obvious similarities and certain differences between each other. The commonality of the two disorders is determined by the predominant occurrence in adolescent and young women, deterioration of physical health, significant psychiatric comorbidity and high suicidal risk. Psychotherapy is the principal treatment for both anorexia nervosa and bulimia nervosa. At the same time, unlike anorexia nervosa, the pharmacological agents with proven clinical efficacy for the treatment of bulimia nervosa exist. Patients with bulimia nervosa are more motivated and adherent to treatment.

**Keywords:** *eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, children and adolescents, cognitive behavioral therapy, family-based treatment, second-generation antipsychotics, olanzapine, selective serotonin reuptake inhibitors, fluoxetine.*

### **For citation:**

Sivolap YP, Portnova AA. Anorexia nervosa and bulimia nervosa: are these diseases really antipodes? *Neurology Bulletin*. 2023;LV(2):71–80. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb430231>.

Received: 16.05.2023

Accepted: 21.05.2023

Published: 2023

Расстройства пищевого поведения занимают важное место среди психических нарушений, образуя со многими из которых коморбидные сочетания, и представляют собой важную проблему не только психиатрии, но и клинической медицины в целом.

В соответствии с систематикой Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-5<sup>1</sup> — от англ. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) расстройства пищевого поведения включают различные типы, представленные в табл. 1.

Наиболее значимые формы расстройств пищевого поведения — нервная анорексия и нервная булимия, которые во многом разнятся друг с другом, представляя едва ли не противоположные феномены, но в то же время объединены рядом

**Таблица 1.** Систематика расстройств пищевого поведения

Нервная анорексия (Anorexia Nervosa).
Нервная булимия (Bulimia Nervosa).
Компульсивное переедание (Binge Eating Disorder).
Избегающее/рестриктивное расстройство употребления пищи (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID).
Пика (Pica).
Руминация (Rumination Disorder)

сходных особенностей поведения и общих клинических проявлений.

Общность нервной анорексии и нервной булимии определяется преимущественным возникновением у девочек-подростков и молодых женщин и значительно более редким развитием у мальчиков и мужчин, неблагоприятным и в ряде случаев крайне неблагоприятным влиянием на физическое здоровье, выраженным суицидальным риском, что, наряду с ухудшением физического здоровья, лежит в основе высокой — особенно для психиатрической клиники — смертности пациентов.

## НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ

Расстройство проявляется резким ограничением приёма пищи, вызванным неустанным стремлением к максимальной худобе.

Ограничение приёма пищи приводит к значительному, в ряде случаев критическому снижению массы тела вплоть до кахексии, что, в свою очередь, влечёт за собой гормональные изменения и другие проявления серьёзного ухудшения физического здоровья.

Необходимо отметить, что анорексия — не вполне корректное название данного расстрой-

ства, поскольку у большинства пациентов, не достигших степени кахексии, сохраняется аппетит.

В основе нервной анорексии лежит искажённое представление о собственном теле и болезненные опасения, связанные с возможностью ожирения, либо убеждённости в избыточной массе собственного тела при её очевидном дефиците.

Довольно часто стремление к снижению веса ассоциировано с представлением об идеально худом теле, и это служит проявлением перфекционизма, свойственного многим людям, склонным к анорексии.

Выделяют два типа нервной анорексии [1, 2].

1. Рестриктивный тип (restrictive type): ограничение потребления пищи вплоть до голодания, возможны чрезмерные физические тренировки; эпизоды переедания или «очистки» (purging) в течение последних 3 мес отсутствуют.

2. Тип с перееданием/очищением (binge-eating/purging type): в течение последних 3 мес происходят повторные эпизоды переедания или «очистки», достигаемой самостоятельно вызываемой рвотой либо слабительными, мочегонными или клизмами.

Чаще всего расстройство развивается у девочек-подростков и молодых женщин. Пик заболеваемости приходится на 15–19 лет (16–17 лет у девочек и в среднем 12 лет у мальчиков), хотя описаны случаи с дебютом в 8 лет и несколько более старшем возрасте. Слишком раннее начало скорее свойственно мальчикам, чем девочкам [3].

Нервная анорексия характеризуется выраженной психиатрической коморбидностью. Наиболее частыми коморбидными нарушениями бывают депрессия и тревога, а также злоупотребление психоактивными веществами.

Этиология нервной анорексии неизвестна. Определённое значение в оценке риска развития расстройства придаётся чрезмерному беспокойству по поводу веса и диеты.

<sup>1</sup>В редакции DSM-5-TR, принятой в марте 2022 г., изменены диагностические критерии избегающего/рестриктивного расстройства употребления пищи, но не систематика расстройств пищевого поведения в целом.

Болезнь наиболее часто развивается в странах западной культуры и вестернизированных социальных слоях неевропейских стран, например Японии в связи с негативным отношением к избыточному весу и стремлением быть худыми.

Отмечено, что более 50% девочек препубертатного возраста в США соблюдают диету или принимают другие меры для контроля своего веса [2].

Многие пациенты с нервной анорексией принадлежат к среднему или высшему социально-экономическому классу, склонны к педантизму и компульсивности, обычно обладают средним интеллектом и стремятся к очень высоким стандартам достижений и успеха [2].

Для людей с нервной анорексией характерна озабоченность вопросами питания: они часто придают значение диетам и калориям, собирают кулинарные рецепты. Некоторые пациенты готовят изысканные блюда и угощают ими других людей, но при этом сами не притрагиваются к пище; возможно, это служит мерой психологической компенсации<sup>2</sup>.

В типичных случаях пациенты тайком выбирают пищу, скрывают недоедание или голодание, а также искусственно вызванную рвоту и другие меры, направленные на снижение веса. При этом они обычно уверяют окружающих, что недавно поели, хотя приёма пищи не было, либо преувеличивают количество съеденного.

Даже в случае значительной потери веса и развития кахексии некоторые пациенты сохраняют высокий уровень физической активности, включая интенсивные тренировки.

В связи с недоеданием, ухудшением соматического здоровья и истощением нервная анорексия характеризуется крайне высокой (до 10–15%) летальностью, и по этой причине без преувеличения её можно рассматривать в качестве одного из наиболее опасных психических расстройств.

Считается, что две трети случаев смерти пациентов приходится на физические причины и одна — на суициды [3]. Смертность у пациентов с нервной анорексией в 5–10 раз превышает общепопуляционные показатели, и самоубийство относится к основным причинам смертей.

По данным А. Мегеу и соавт. (2022), наблюдавших 100 подростков с нервной анорексией, суицидальность отмечается у 27% пациентов и включает суицидальные мысли (24%), порезы конечностей (19%) и суицидальные попытки (6%). Склонность к суицидальности отчётливо коррелирует с коморбидными психическими расстройствами, в первую очередь с депрессией [4].

Медицинская и психологическая помощь при нервной анорексии осложняется недостаточной откровенностью пациентов и нежеланием увеличивать собственный вес. Пациенты обычно преувеличивают объём и калорийность принятой пищи, скрывают недоедание, а также искусственно вызываемую рвоту и другие проявления своего расстройства.

Терапевтические меры при нервной анорексии включают два направления:

1) жизнесберегающее лечебное питание, цели которого — метаболическая коррекция и удержание массы тела не ниже критического минимума;

2) лечение собственно нервной анорексии как психического расстройства.

Дополнением к пищевым продуктам в системе поддерживающего лечебного питания служат препараты кальция и витамин D.

Несмотря на многочисленные исследования, направленные на поиск подходов к эффективной фармакологической терапии нервной анорексии, ни одно из изученных лекарственных средств не продемонстрировало значимого превосходства над плацебо.

В качестве одного из средств преодоления дефицита веса рассматривается оланзапин в дозе до 10 мг [2]. Как известно, оланзапин, как и другие антипсихотики, особенно препараты второго поколения, способны увеличивать массу тела.

С другой стороны, многие пациенты избегают приёма этих лекарственных средств именно потому, что последние помешают им контролировать и поддерживать желаемый малый вес.

Опасения, лежащие в основе негативного отношения пациентов к терапии, могут быть связаны даже с пищевыми калориями, содержащимися в оболочке лекарственных форм для приёма внутрь [5].

По мнению авторов настоящей статьи, использование побочных действий лекарственного средства — в данном случае увеличения веса под влиянием антипсихотиков — в качестве желаемого клинического эффекта трудно считать этически безупречным.

Кроме того, прирост массы тела вследствие антипсихотической терапии может с высокой

<sup>2</sup>Сходное поведение возможно в ремиссии алкогольной зависимости, когда пациенты охотно разливают алкоголь в компании, но сами не употребляют его.

вероятностью сопровождаться и другими метаболическими сдвигами, включая резистентность к инсулину, повышение уровня глюкозы в крови и нарушения липидного обмена.

Применение психотропных лекарственных средств, в первую очередь антипсихотиков, ограничивается их побочными эффектами, включая способность увеличивать интервал  $QT$ , который у пациентов с нервной анорексией и без того может быть удлинён вследствие нарушений водно-электролитного баланса, вызванных расстройствами питания.

Фармакологическая терапия нервной анорексии носит главным образом симптоматический характер и направлена не столько на пищевое поведение, сколько на коморбидные психические расстройства, в первую очередь депрессию и тревогу [6].

Основным средством лечения нервной анорексии служит психотерапия.

Британский Национальный институт здравоохранения и клинического мастерства (National Institute for Health and Clinical Excellence)<sup>3</sup> в качестве средства выбора предписывает психологические вмешательства и подчёркивает, что специфическая фармакологическая терапия при нервной анорексии не рекомендована [7].

Методом психотерапии первой линии для взрослых пациентов служит когнитивно-поведенческая терапия. В лечении детей и подростков большое значение придаётся семейной психотерапии (Family-Based Treatment).

Принятые в Канаде практические рекомендации по лечению расстройств пищевого поведения у детей и подростков настоятельно предписывают семейную психотерапию в качестве основного метода помощи. Указывается, что эффективность других форм психологической поддержки, включая многосемейную терапию (Multi-Family Therapy), когнитивно-поведенческую терапию и психотерапию, ориентированную по подросткам (Adolescent Focused Psychotherapy), имеет слабые доказательства [8].

W. Кауе и С. Булик (2021) отмечают, что нервная анорексия представляет собой изнуряющее, нередко смертельно опасное и весьма дорогостоящее заболевание, которое обходится США более чем в 65 млрд долларов ежегодно, и указывается, что у каждого пятого пациента болезнь принимает тяжёлое и затяжное течение.

Авторы отмечают высокую (до 50%) частоту рецидивов и стандартизованный коэффи-

циент смертности (standardized mortality ratio), равный шести, что позволяет относить нервную анорексию к категории психических расстройств с наиболее высокой летальностью.

Подчёркивается, что, несмотря на безусловные научные достижения в изучении расстройств пищевого поведения, до сих пор не найдены эффективные средства биологической терапии нервной анорексии и не существует ни одного метода лечения, одобренного FDA<sup>4</sup> для применения с этой целью. Отдельные эмпирические подтверждённые способы помощи, такие как семейная терапия, дают лишь умеренные результаты.

Уже самим заголовком своей статьи («Treatment of Patients with Anorexia Nervosa in the US — A Crisis in Care») авторы заявляют о кризисе системы помощи пациентам с нервной анорексией в США и обосновывают своё суждение отсутствием эффективных терапевтических протоколов, заполнением закономерно возникающего при этом вакуума непроверенными лечебными подходами, сокращением и прекращением многих академических программ помощи, перенаправлением застрахованных пациентов в частные программы и ограниченным доступом к лечению пациентов, не имеющих медицинской страховки [9].

Очевидно, что отмеченное авторами процитированной статьи неудовлетворительное состояние системы помощи пациентам с нервной анорексией в системе американского здравоохранения носит глобальный характер и распространяется на все регионы мира.

## НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ

Типичное проявление нервной булимии — эпизоды быстрого и неконтролируемого употребления высококалорийной пищи (обычно жирных и сладких блюд) в количествах, значительно превышающих привычные объёмы в обычных обстоятельствах. Расстройство диагностируют в тех случаях, когда переедание происходит в среднем не реже 1 раза в неделю в течение 3 мес [1, 10].

Эпизоды переедания обычно сменяются компенсаторным поведением, направленным на

<sup>3</sup>В 2012 г. учреждение переименовано в National Institute for Health and Care Excellence.

<sup>4</sup>FDA (от англ. Food and Drug Administration) — Федеральная служба США, контролирующая производство, хранение и реализацию пищевых продуктов, лекарственных препаратов и косметических средств.

«очистку» (purging) организма: самопроизвольной рвотой, слабительными или мочегонными средствами, голоданием либо интенсивными физическими нагрузками.

Характерная психологическая особенность пациентов с нервной булимией — озабоченность собственным внешним видом и массой тела. Обычно пациенты с булимией имеют нормальный вес, и лишь у немногих из них вес избыточен<sup>5</sup>.

Нервная булимия развивается преимущественно у женщин, чаще всего в подростковом возрасте с началом явных проявлений в период раннего совершеннолетия.

Подобно нервной анорексии, нервная булимия сопряжена со значительным суицидальным риском, особенно у подростков.

Более того, по данным метаанализа L. Mandelli и соавт. (2019), частота попыток самоубийства выше у пациентов с нервной булимией (21%), чем у пациентов с нервной анорексией, но авторы, оговаривая неоднородность включённых в анализ данных, уточняют, что статистически значимое различие касается только рестриктивных форм анорексии (9–10%) [11].

Распространённость суицидальных мыслей выше у несовершеннолетних пациентов, чем у взрослых людей, причём именно булимия ассоциирована с высокой суицидальностью.

Суицидальные мысли встречаются у 53% подростков с нервной булимией в сравнении с 34,4% у подростков с компульсивным перееданием, 21,3% подростков с другими психическими расстройствами и 3,8% опрошенных без психических расстройств [12].

У пациентов с нервной булимией часто выявляют коморбидные расстройства настроения, тревогу, а также расстройства употребления алкоголя и других психоактивных веществ.

Нервная булимия ассоциирована с возможностью ухудшения физического здоровья, хотя, видимо, и не в такой степени, как у пациентов с нервной анорексией. В первую очередь, нервная булимия способствует возникновению сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе атеросклероза, ишемической болезни сердца, острого инфаркта миокарда, кардиомиопатии и нарушений проводимости [13].

Описаны наблюдения доброкачественной кардиомиопатии (в частности, у двух женщин 21 и 24 лет), связанной с использованием ипекакуаны, отпускавшейся в аптеках без рецепта, в качестве средства, вызывающего рвоту [14].

Болезни сердца и сосудов, наряду с суицидами, относятся к ведущим причинам преждевременных смертей у пациентов с нервной булимией.

Как и при нервной анорексии, в лечении нервной булимии в первую очередь используют психотерапию, а фармакологическое лечение рассматривается в качестве дополнения к психотерапии либо альтернативного подхода при неэффективности или недоступности психотерапевтической помощи [15].

В психотерапии взрослых пациентов с нервной анорексией применяется когнитивно-поведенческая терапия и — в качестве метода второй линии — интерперсональная (межличностная) терапия. Кроме того, определённые перспективы связываются с диалектической поведенческой терапией и интегративной когнитивно-аффективной терапией. Доказанной эффективностью в лечении нервной булимии у подростков обладают семейная психотерапия и когнитивно-поведенческая терапия [15].

В то же время, в отличие от нервной анорексии, в лечении нервной булимии возможно применение фармакологических средств с доказанной клинической эффективностью.

Фармакологическими средствами первой линии при нервной булимии у взрослых пациентов считаются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС).

Если в лечении монополярной депрессии либо тревожных расстройств применяют разные СИОЗС, то при нервной булимии препаратом выбора из антидепрессантов этой группы служит флуоксетин, который способен снижать аппетит в большей степени, чем другие СИОЗС; кроме того, в отличие от многих других антидепрессантов, флуоксетин сам по себе почти никогда не увеличивает массу тела.

Необходимо принимать во внимание, что если в лечении депрессии флуоксетин применяется в количестве 20–40 мг, то при нервной булимии эффективная доза составляет 60 мг.

Подходы к лечению нервной булимии у подростков разработаны недостаточно, но в качестве наиболее многообещающего средства фармакологической терапии также рассматривается флуоксетин в дозе 60 мг [15].

Наряду с антидепрессантами в терапии нервной булимии можно применять антикон-

<sup>5</sup>В этом заключается одно из отличий нервной булимии от компульсивного переедания (binge eating disorder).

**Таблица 2.** Различия между нервной анорексией и нервной булимией

Два типа расстройств пищевого поведения	Нервная анорексия	Нервная булимия
Масса тела	Снижена, часто в значительной степени	Находится в пределах нормальных значений у большинства пациентов и повышена у немногих из них
Фармакологическая терапия с доказанной эффективностью	Отсутствует	Существует
Поиск помощи	Часто отсутствует	Нередко достаточен
Приверженность терапии	Низкая или отсутствует	Средняя или высокая
Откровенность пациентов	Нехарактерна	Нередко достаточна
Прогноз	Часто неблагоприятный	Варьирует от благоприятного до неблагоприятного

вультанты (топирамат), стимуляторы и другие средства лечения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (в том числе фентермин, часто назначаемый в комбинации с топираматом, и лиздексамфетамин<sup>6</sup>), антагонисты опиоидных рецепторов (налтрексон и интраназальный налоксон) и препараты, предназначенные для снижения веса (метформин, лираглутид и семаглутид).

Помимо перечисленных лекарственных средств, в терапии нервной булимии применяют  $\alpha$ -адреноблокатор празозин и эстроген-прогестагенный препарат дроспиренон + этинилэстрадиол.

Определённые ожидания связываются также с применением антагонистов ноцицептиновых рецепторов, селективного агониста серотониновых 5-HT<sub>2C</sub>-рецепторов лоркасерина и селективных антагонистов орексиновых рецепторов 1-го типа [16].

Комплексное лечение нервной булимии включает терапию коморбидных психических расстройств и диетологическую коррекцию.

## НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ И НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ: СХОДСТВО И РАЗЛИЧИЯ

Безусловно, две основных формы расстройств пищевого поведения характеризуются определёнными отличиями друг от друга.

Многие пациенты с нервной булимией ищут помощи, нередко демонстрируют мотивацию к выздоровлению и приверженность терапии, тогда

как пациенты с нервной анорексией редко бывают искренни, преувеличивают количество и калорийность принимаемой пищи и избегают вмешательств, позволяющих увеличивать массу тела.

Нервную анорексию и нервную булимию, по нашему мнению, можно в известной мере считать антиподами на основании следующих различий, приведённых в табл. 2.

В то же время, как уже было сказано в начале статьи, нервная анорексия и нервная булимия во многом схожи друг с другом.

Нервную анорексию второго типа сближают с нервной булимией (а также с ещё одной, не рассматриваемой здесь формой расстройств пищевого поведения — компульсивным перееданием) эпизоды переедания и последующее компенсаторное поведение («очистка» и избыточные физические нагрузки).

В психологическом отношении как анорексия, так и булимия ассоциированы с выраженной озабоченностью собственным весом и формой своего тела.

Пациенты обеих категорий придают особое значение вопросам питания, что не свойственно людям без расстройств пищевого поведения.

Как уже было сказано выше, оба расстройства преимущественно развиваются у девочек-подростков и молодых женщин.

Как нервная анорексия, так и нервная булимия характеризуются высокой психиатрической коморбидностью, и в первую очередь сочета-

<sup>6</sup>В Российской Федерации применение амфетаминов и других стимуляторов в лечебных целях запрещено законом.

ются с тревогой, расстройствами настроения и расстройствами личности.

Среди последних особое место занимает пограничное расстройство личности, но с определёнными различиями между анорексией и булимией: симптомы личностного расстройства, оцениваемые на основе структурируемого интервью, в большей степени коррелируют с диагнозом нервной булимии, чем с диагнозом нервной анорексии; нервная булимия в значительно большей степени, чем нервная анорексия, коррелирует с импульсивностью; неустойчивость эмоций, перепады настроения и вспышки гнева характерны скорее для булимии, чем для анорексии, в то время как нарушение идентичности в большей степени связано с нервной анорексией [17, 18].

Оба расстройства проявляют отчётливое сходство с аддикциями и нередко сопровождаются злоупотреблением алкоголем и другими психоактивными веществами.

По-видимому, этиопатогенез как нервной анорексии, так и нервной булимией связан с функционированием церебральной системы награды (reward system)<sup>7</sup>, что подтверждается данными нейровизуализационных исследований, а различие между ними в данном контексте заключается в том, что употребление меньшего количества пищи воспринимается как вознаграждение при нервной анорексии, в то время как потребление большого количества пищи во время эпизодов переизбытка при нервной булимии позволяет справиться с неприятными эмоциональными переживаниями [19].

<sup>7</sup>Считается, что система награды играет ключевую роль в формировании зависимости от психоактивных веществ и нехимических зависимостей.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Black D.W., Andreasen N.C. Introductory textbook of psychiatry. Sixth Edition. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2014. 760 p.
2. Attia E., Walsh T. Anorexia nervosa. In.: MSD Manual Professional Version, 2022. <https://www.msmanual.com/professional/psychiatric-disorders/eating-disorders/anorexia-nervosa> (access date: 11.05.2023).
3. Semple D., Smyth R. Oxford handbook of psychiatry. Third Edition. Oxford: Oxford University Press; 2013. 1057 p.
4. Mereu A., Fantoni T., Caini S. et al. Suicidality in adolescents with onset of anorexia nervosa // Eat Weight Disord. 2022. Vol. 27. N. 7. P. 2447–2457. DOI: 10.1007/s40519-022-01384-9.

По сути дела, переизбыток, как и употребление психоактивного вещества, можно рассматривать в качестве ненадлежащей копинг-стратегии у людей, испытывающих психологические трудности и страдающих психическими нарушениями. По-видимому, этим в какой-то мере объясняется психиатрическая и аддиктивная коморбидность у пациентов с расстройствами пищевого поведения.

Пациенты с нервной булимией стараются сохранить в тайне эпизоды переизбытка, равно как пациенты с нервной анорексией скрывают недоедание и другие формы поведения, направленные на снижение веса.

Предположение о наличии как одной, так и другой из основных форм расстройств пищевого поведения может возникать благодаря общим внешним признакам, связанным с искусственно вызываемой рвотой: синдрому Рассела (мозолям на костяшках пальцев) и эрозии зубной эмали [20].

Существующие в настоящее время научные данные и представления указывают, по нашему мнению, на то обстоятельство, что наиболее перспективные направления поиска новых средств фармакологической терапии также могут быть общими как для анорексии, так и для булимии.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНО

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Вклад авторов.** Равное участие обоих авторов.

**Funding.** This publication was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflicts of interests.

**Contribution of the authors.** The equal part of both authors.

5. Tyrer P., Silk K.R. Effective treatment in psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. 563 p.

6. Lutter M. Emerging treatments in eating disorders // Neurotherapeutics. 2017. Vol. 14. N. 3. P. 614–622. DOI: 10.1007/s13311-017-0535-x.

7. National Institute for Health and Clinical Excellence. Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guidance 9. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk) (access date: 11.05.2023).

8. Couturier J., Isserlin L., Norris M. et al. Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders // J. Eat. Disord, 2020. Vol. 8. P. 4. DOI: 10.1186/s40337-020-0277-8.

9. Kaye W.H., Bulik C.M. Treatment of patients with anorexia nervosa in the US — A crisis in care // *JAMA Psychiatry*. 2021. Vol. 78. N. 6. P. 591–592. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.4796.
10. Attia E., Walsh T. Anorexia nervosa. In.: *MSD Manual Professional Version*, 2022. <https://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/eating-disorders/bulimia-nervosa> (access date: 11.05.2023).
11. Mandelli L., Arminio A., Atti A.-R., De Ronchi D. Suicide attempts in eating disorder subtypes: A meta-analysis of the literature employing DSM-IV, DSM-5, or ICD-10 diagnostic criteria // *Psychol. Med.* 2019. Vol. 49. N. 8. P. 1237–1249. DOI: 10.1017/S0033291718003549.
12. Crow S.J., Swanson S.A., Grange D. et al. Suicidal behavior in adolescents and adults with bulimia nervosa // *Compr. Psychiatry*. 2014. Vol. 55. N. 7. P. 1534–1539. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.05.021.
13. Tith R.M., Paradis G., Potter B.J. et al. Association of bulimia nervosa with long-term risk of cardiovascular disease and mortality among women // *JAMA Psychiatry*. 2020. Vol. 77. N. 1. P. 44–51. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.2914.
14. Palmer E.P., Guay A.T. Reversible myopathy secondary to abuse of ipecac in patients with major eating disorders // *N. Engl. J. Med.* 1985. Vol. 313. N. 23. P. 1457–1459. DOI: 10.1056/NEJM198512053132306.
15. Hagan K.E., Walsh B.T. State of the art: The Therapeutic approaches to bulimia nervosa // *Review Clin. Ther.* 2021. Vol. 43. N. 1. P. 40–49. DOI: 10.1016/j.clinthera.2020.10.012.
16. McElroy S.L., Guerdjikova A.I., Mori N., Romo-Nava F. Progress in developing pharmacologic agents to treat bulimia nervosa // *CNS Drugs*. 2019. Vol. 33. N. 1. P. 31–46. DOI: 10.1007/s40263-018-0594-5.
17. Lekgabe E., Pogos D., Sawyer S.M. et al. Borderline personality disorder traits in adolescents with anorexia nervosa // *Brain Behav.* 2021. Vol. 11. N. 12. P. e2443. DOI: 10.1002/brb3.2443.
18. Miller A.E., Racine S.E., Klonsky E.D. Symptoms of anorexia nervosa and bulimia nervosa have differential relationships to borderline personality disorder symptoms // *Eat. Disord.* 2021. Vol. 29. Issue. 2. P. 161–174. DOI: 10.1080/10640266.2019.1642034.
19. Monteleone A.M., Castellini G., Volpe U. et al. Neuroendocrinology and brain imaging of reward in eating disorders: A possible key to the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa // *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. 2018. Vol. 80. Pt. B. P. 132–142. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2017.02.020.
20. Stamu-Obrien C., Shivakumar S., Messas T., Kroumpouzou G. Through the looking glass: Skin signs that help diagnose eating disorders // *Clin. Dermatol.* 2023. Vol. S0738-081X(23)00032-9. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2023.03.005.

## REFERENCES

1. Black DW, Andreasen NC. *Introductory textbook of psychiatry*. Sixth Edition. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2014. 760 p.
2. Attia E, Walsh T. Anorexia nervosa. In.: *MSD Manual Professional Version*, 2022. <https://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/eating-disorders/anorexia-nervosa> (access date: 11.05.2023).
3. Semple D, Smyth R. *Oxford handbook of psychiatry*. Third Edition. Oxford: Oxford University Press; 2013. 1057 p.
4. Mereu A, Fantoni T, Caini S et al. Suicidality in adolescents with onset of anorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* 2022;27(7):2447–2457. DOI: 10.1007/s40519-022-01384-9.
5. Tyrer P, Silk KR. *Effective treatment in psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. 563 p.
6. Lutter M. Emerging treatments in eating disorders. *Neurotherapeutics*. 2017;14(3):614–622. DOI: 10.1007/s13311-017-0535-x.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Clinical Guidance 9. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk) (access date: 11.05.2023).
8. Couturier J, Isserlin L, Norris M et al. Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Eat Disord.* 2020;8:4. DOI: 10.1186/s40337-020-0277-8.
9. Kaye WH, Bulik CM. Treatment of patients with anorexia nervosa in the US — A crisis in care. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(6):591–592. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.4796.
10. Attia E, Walsh T. Anorexia nervosa. In.: *MSD Manual Professional Version*, 2022. <https://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/eating-disorders/bulimia-nervosa> (access date: 11.05.2023).
11. Mandelli L, Arminio A, Atti A-R, De Ronchi D. Suicide attempts in eating disorder subtypes: A meta-analysis of the literature employing DSM-IV, DSM-5, or ICD-10 diagnostic criteria. *Psychol Med.* 2019;49(8):1237–1249. DOI: 10.1017/S0033291718003549.
12. Crow SJ, Swanson SA, Grange D et al. Suicidal behavior in adolescents and adults with bulimia nervosa. *Compr Psychiatry*. 2014;55(7):1534–1539. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.05.021.
13. Tith RM, Paradis G, Potter BJ et al. Association of bulimia nervosa with long-term risk of cardiovascular disease and mortality among women. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(1):44–51. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.2914.
14. Palmer EP, Guay AT. Reversible myopathy secondary to abuse of ipecac in patients with major eating disorders. *N Engl J Med.* 1985;313(23):1457–1459. DOI: 10.1056/NEJM198512053132306.
15. Hagan KE, Walsh BT. State of the art: The therapeutic approaches to bulimia nervosa. *Review Clin Ther.* 2021;43(1):40–49. DOI: 10.1016/j.clinthera.2020.10.012.
16. McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, Romo-Nava F. Progress in developing pharmacologic agents to treat bulimia nervosa. *CNS Drugs.* 2019;33(1):31–46. DOI: 10.1007/s40263-018-0594-5.
17. Lekgabe E, Pogos D, Sawyer SM et al. Borderline personality disorder traits in adolescents with anorexia nervosa. *Brain Behav.* 2021;11(12):e2443. DOI: 10.1002/brb3.2443.
18. Miller AE, Racine SE, Klonsky ED. Symptoms of anorexia nervosa and bulimia nervosa have differential relationships to borderline personality disorder symptoms. *Eat Disord.* 2021;29(2):161–174. DOI: 10.1080/10640266.2019.1642034.
19. Monteleone AM, Castellini G, Volpe U et al. Neuroendocrinology and brain imaging of reward in eating disorders: A possible key to the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2018;80(Pt B):132–142. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2017.02.020.
20. Stamu-Obrien C, Shivakumar S, Messas T, Kroumpouzou G. Through the looking glass: Skin signs that help diagnose eating disorders. *Clin Dermatol.* 2023;S0738-081X(23)00032-9. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2023.03.005.



**ОБ АВТОРАХ**

**Сиволап Юрий Павлович**, докт. мед. наук, проф.;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4494-149X>;  
eLibrary SPIN: 3586-5225;  
e-mail: [yura-sivolap@yandex.ru](mailto:yura-sivolap@yandex.ru)

**Портнова Анна Анатольевна**, докт. мед. наук;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5938-0202>;  
eLibrary SPIN: 5899-0069;  
e-mail: [aapserbsky@mail.ru](mailto:aapserbsky@mail.ru)

**AUTHOR'S INFO**

**Yury P. Sivolap**, M.D., D. Sci. (Med.), Prof.;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4494-149X>;  
eLibrary SPIN: 3586-5225;  
e-mail: [yura-sivolap@yandex.ru](mailto:yura-sivolap@yandex.ru)

**Anna A. Portnova**, M.D., D. Sci. (Med.);  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5938-0202>;  
eLibrary SPIN: 5899-0069;  
e-mail: [aapserbsky@mail.ru](mailto:aapserbsky@mail.ru)

УДК: 616.89:159.9.01

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb321817>

## Как можно испортить идеи доказательной медицины, если не знать её принципов и границ<sup>1</sup>

Н.А. Зорин

Общество специалистов доказательной медицины, Москва, Россия

### **АННОТАЦИЯ**

Продолжается дискуссия о методологических ограничениях квазиизмерений чувств и ощущений, начатая автором в журнале «Неврологический вестник». Рассмотрен ряд причин, которые лежат в основе притягивания/отторжения и понимания принципов и границ клинической эпидемиологии/доказательной медицины вплоть до сознательного их искажения. Показано, что идеи «свободы» и «творчества» в медицине — способы ухода от контроля и реализации биовласти. На конкретном примере — изучении эффективности антидепрессантов — показано, как можно, ненамеренно или специально, не соблюдая принципы и постулаты клинической эпидемиологии и доказательной медицины, получить ложный результат.

**Ключевые слова:** *политические стереотипы, биовласть, доказательная медицина методология науки, «общечеловеческие ценности», психометрические инструменты, квазиизмерения, культуральное разнообразие, исходы (конечные точки), депрессия, антидепрессанты, суицид, рынок, история медицины.*

### **Для цитирования:**

Зорин Н.А. Как можно испортить идеи доказательной медицины, если не знать её принципов и границ // Неврологический вестник. 2023. Т. LV. Вып. 2. С. 81–89. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb321817>.

---

<sup>1</sup> Настоящая работа — продолжение дискуссии, возникшей после публикаций [1, 2].

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb321817>

## How misunderstanding the principles and limitations of evidence-based medicine may discredit the concept

Nikita A. Zorin

Russian Society for Evidence Based Medicine, Moscow, Russia

### **ABSTRACT**

The discussion on the methodological limitations of the quasi- measurement of human feelings and sensations, started by the author in the journal *Neurology bulletin*, continues. There are a number of reasons for accepting/rejecting and understanding the principles and limitations of clinical epidemiology/evidence-based medicine (EBM) to the point of deliberate distortion. It is shown that the ideas of “freedom” and “creativity” in medicine, are ways of avoiding control and the realization of biopower. A concrete example, the study of the efficacy of antidepressants, shows how it is possible, either unintentionally or intentionally, to obtain a false result without following the principles and tenets of EBM.

**Keywords:** *political stereotypes, biopower, evidence-based medicine, scientific methodology, “universal values”, psychometric tools, quasi-measures, cultural diversity, outcomes (endpoints), meta-analysis depression, antidepressants, suicide, market, history of medicine.*

### **For citation:**

Zorin NA. How misunderstanding the principles and limitations of evidence-based medicine may discredit the concept. *Neurology Bulletin*. 2023;LV(2):81–89. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb321817>.

*«Все думают только о том, как питаться, что вредно, что полезно. У какого доктора лечиться. На какие воды ездить. Все думают только о том, как жить. А зачем? Никто не хочет думать».*  
И.А. Гончаров

*«Ой правда штоле? И нам доказательной медициной не будут мозг выносить?» (орфография оригинала сохранена)  
Форум «Врачи РФ» из коллекции 2014–2016 гг.*

Неприятие идей клинической эпидемиологии и доказательной медицины (КЭ/ДМ) врачами и многими исследователями в России продолжается более 30 лет. Помимо почти повального невежества (в России до сих пор отсутствуют обязательное преподавание этого предмета, и знакомство с ДМ происходит из нарезки «научного общепита» [3]). Очевидно, что есть тому и другие причины.

Недавно появилась немецкая статья, проливающая дополнительный свет на этот вопрос. О политических разногласиях и доверию к науке. Вот её краткий вывод: *«Доверие к науке... поляризовано по политическому признаку: консерваторы (по сравнению с либералами) склонны меньше доверять науке и учёным... упрощённое объяснение этому явлению: взаимодействие политических стереотипов об учёных (например, «учёные — либералы») и собственной политической ориентации является основным фактором, определяющим доверие людей к науке. Во всём политическом спектре люди доверяют только тем учёным, которых они считают идеологически похожими на себя»*. [4]

Представляется, что это и является сердцевинной проблемой взаимоотношения врачей и исследователей<sup>3</sup>! В России, как всегда, она приобрела форму архетипического противостояния «почвенников» и «западников». Вот как об этом писал Н.С. Лесков в 1893 г.: «В конце сентября 1893 года в заседании Общества содействия русской промышленности и торговле один оратор прямо заговорил, что “Россия должна обособиться, забыть существование других западноевропейских государств, отделиться от них китайскою стеною”» [5]<sup>4</sup>.

За столетия ничего не изменилось: *«Мы же врачи, а не тупые придатки доказательной медицины...»*; *«Сыты по горло вашими навязанными*

*стандартами доказательной медицины... и это всё «доказательная медицина», навязанная из США и ВОЗ»* [6].<sup>5</sup> А вот и противоположная точка зрения: *«Каждому слову в американских или британских руководствах по психиатрии можно верить, поскольку их содержание основано на научных фактах и отражает клиническую реальность»*..., *«научным аргументом в наше время может считаться исключительно факт, полученный в результате научного исследования надлежащего качества — в первую очередь крупные рандомизированные клинические исследования (РКИ), а также выполненные на основе многочисленных контролируемых исследований, систематических обзоров и метаанализов (МА)»* [7].

Ещё неизвестно, что больше дискредитирует ДМ, «тяготение к жёлудю и корыту» или подобострастно-самоуничижительный, довольно безответственный, «прозападный» текст<sup>6</sup>. Ниже будет показано, что дискредитировать идеи ДМ и получить неверные результаты можно, проведя **доказательное по форме, но ошибочное по содержанию и выводам** исследование.

<sup>2</sup>Здесь и далее, если не указано иначе, все выделения и курсивы (цитаты) — мои, Н.З.

<sup>3</sup>Центризм публикой не приветствуется. Она требует принадлежности исследователя к одной из полярных групп, а если кто-то этого не хочет, то он будет либо определён туда, куда публика посчитает нужным, либо будет подвергаться остракизму с обеих сторон. Нешуточное остервенение доходит тут до степени, сравнимой с таковой, у описанного Ф.М. Достоевским денщика, который делил мир на две части. К одной он относил себя и своего барина, а к другой «всю остальную сволочь»... [цит. по 5.]

<sup>4</sup>«Почти одновременно вышли две хозяйственные брошюры: одна «О благотворном врачебном действии коры и молодых побегов ясеня дерева», а другая «О целебных свойствах лоснящейся сажи». ... А получать её (сажу) можно было только в русских курных избах, и нигде иначе, так как нужна была сажа лоснящаяся, которая есть только в русских избах, на стенах, натертых мужичьими потными загорбками. Пушистая же или лохматая сажа целебных свойств не имела. На Западе такого добра уже нет, и Запад придет к нам в Загон за нашею сажею, и от нас будет зависеть, дать им нашей коפותи или не давать; а цену, понятно, можем спросить какую захотим. Конкурентов нам не будет. Это говорилось всерьёз, и сажа наша прямо приравнивалась к ревеню и калганному корню, с которыми она станет соперничать, а потом убьёт их и сделается славой России во всём мире» [ibid.].

<sup>5</sup>С коллекцией таких высказываний с сайта <https://vrachirf.ru/> можно ознакомиться на [https://encyclopatia.ru/wiki/Критика\\_ДМ](https://encyclopatia.ru/wiki/Критика_ДМ).

<sup>6</sup>Разбор этого текста см. здесь [7]. Настоящая статья в определённой мере — продолжение разбора на эту тему.

В вышеупомянутых статьях, предшествующих настоящей работе [1, 2], читатель может ознакомиться с детальным анализом следующих положений, которые здесь будут повторены тезисно<sup>7</sup>.

Попытки оценить сравнительную эффективность антидепрессантов (АД) в метаанализах привели к парадоксальным выводам об их эквивалентности. Одним из правдоподобных объяснений тому стал факт ангажированности исследователей спонсорами-производителями, когда каждый «хвалил свой шесток» и в каждом исследовании возникал новый «лидер эффективности». Это было показано, в частности, в знаменитой лекции Дж. Иоанидиса «Доказательная медицина захвачена» (обзор 185 МА по эффективности АД за 7 лет) [8]<sup>8</sup>.

В МА разнонаправленные данные отдельных РКИ не позволяли определить наиболее эффективный препарат, так как в следующем МА он уже оказывался на совершенно другом месте в иерархии. Отчётливо различались только нежелательные явления. Очевидно это, в частности, стало поводом для Питера Гётче ещё раньше утверждать, что вообще все АД приносят больше вреда, чем пользы [9], а маркетинг перешёл на рекламу АД, опираясь на лучшие показатели по побочным эффектам.

Однако эти факты имеют ещё одно объяснение — систематические ошибки в оценке эффективности обусловлены неадекватностью медицинских опросных инструментов, имеющих культуральную специфичность [10], что не позволяет использовать их в другом культурном пространстве и даже после ревалидизации не даёт возможности суммировать их показания в транскультуральных метаанализах.

Кроме того, «измеряемый» латентный конструкт (депрессия) связан с числовым индикатором нелинейно и вероятностно. «Оценка» психометрических параметров подходит к границе принципиальной невозможности отследить характер связи латенты (депрессии) и индикаторов (пунктов шкалы), поскольку выраженность, а иногда и сам факт их возникновения опосредованы индивидуальными смыслами психических переживаний, которые имеют семиотическую природу [1].

Допустимо после культуральной адаптации использовать шкалы для неких узких прагматических целей (например, оценки динамики состояния у **отдельного больного**), но по мере

увеличения количества больных в клинических исследованиях, то есть по мере нарастания их культурального и индивидуального разнообразия, за их пределами начнётся случайный разнонаправленный разброс показателей. Именно это, на мой взгляд, могло также привести к ложному выводу об эквивалентности действия АД по результатам МА, где показатели «усреднились».

Сурогатные (количественные) исходы при клинических исследованиях (измерения выраженности депрессии) должны быть заменены клиническими показателями. Самым жёстким здесь будет предотвращённый суицид в сравнении с завершённым суицидом<sup>9</sup>.

Ещё один источник систематических обзоров в МА — использование **разных инструментов** в РКИ, объединяемых затем **в одном МА**... Вот пример такого Кокрейновского МА, в РКИ которых использовали шесть разных инструментов (только аббревиатуры) — HAM-D, MADRS, BDI, SF-36, HoNOS, WHOQOL [12].

Как можно видеть, это не только шкалы оценки собственно депрессии, но и другие инструменты. При этом к ним были добавлены ещё «экономические результаты (например, дни отсутствия на работе/возможность вернуться на работу, количество посещений врача первичной медико-санитарной помощи, количество направлений во вторичные службы, использование дополнительных видов лечения), если сообщалось, резюмировались в описательной форме». Побочные эффекты (например, совершённые самоубийства/попытки самоубийства), если о них сообщалось, резюмировались в описательной форме.

<sup>7</sup>Тем, кто собирается критиковать этот текст: «Не делайте это по тезисам, а загляните в первоисточники».

<sup>8</sup>FDA (Food and Drug Administration — Федеральная служба США, контролирующая производство, хранение и реализацию пищевых продуктов, лекарственных препаратов и косметических средств) тоже заявила, что эффективность всех АД одинакова, ибо иное не доказано (2019) [11].

<sup>9</sup>Исследования должны быть сравнительными с другим препаратом, так как по этическим соображениям РКИ с таким исходом и плацебо-контролем — неприемлемы. Ощущения и чувства в принципе не подходят в виде исходов клинических исследований. Поскольку критерием их существования является сам факт этого существования. «Так, например, утверждение о том, что роза, аромат которой я вдыхаю, материальна и существует объективно, равно как и утверждение о том, что она существует лишь в воспринимающем сознании, ... одинаково лишены смысла. Буду ли я считать розу материальной или идеальной, это не повлияет на тот факт, что я чувствую ее запах, и она от этого не станет пахнуть хуже или лучше». Р. Карнап <https://fil.wikireading.ru/12132>.

Здесь нужно отметить, что перечисленные экономические показатели также культурозависимы, не одинаковы в разных системах здравоохранения. И, что ещё хуже, индивидуально различны в зависимости от ситуационной мотивированности поступков больного [13]. По этим причинам правомерность их обобщения — сомнительна.

С инструментами оценки напрямую связаны **исходы заболеваний** (конечные точки)<sup>10</sup>. ДМ надуманно или ошибочно приписывается стремление едва ли не к **исключительно** количественным показателям<sup>11</sup>. Дошло до утверждений, что и оценочные шкалы выдумала использовать ДМ [14]. При этом «не замечается», что эти инструменты возникли и были внедрены в практику на десятилетия раньше... (например, шкала Гамильтона — 1960 г.; Бека — 1978 г.; ДМ — 1980–1990-е годы). К изобретениям ДМ нередко относят и «западные» по происхождению классификации болезней (DSM<sup>12</sup>, ICD<sup>13</sup>). Однако ни они, ни оценочные инструменты, равно как и статистика, **не имеют никакого отношения к специфике ДМ**.

Более того, КЭ/ДМ постулирует изучение не количественных (косвенных, суррогатных), а именно «клинических исходов» (термин ДМ). Последние образуются в точке перехода количества в качество (уровень кальция — переломы, уровень артериального давления — инсульты, инфаркты; выраженность депрессии — суицид). Для депрессии самым жёстким клиническим исходом будет смерть. Поэтому, ещё раз, первичным исходом оценки действия антидепрессивного лечения должно быть предотвращение суицида.

На это указывали и многие исследователи на Западе<sup>14</sup>, например Джон Геддес, профессор эпидемиологической психиатрии в Оксфордском университете и ведущий исследователь в области депрессии. Он подчёркивал важность использования показателей суицидального поведения в качестве основного исхода в исследованиях депрессии, заявляя, что «*суицидальное поведение является наиболее важным исходом для больных, их семей, клиницистов и политиков*» [15].

Дэвид Хили, психиатр и психофармаколог, ведущий критик фармацевтической промышленности, утверждал, что использование суррогатных мер, в том числе PROM<sup>15</sup>, в исследованиях депрессии привело к чрезмерной зависимости от АД, которые на самом деле могут и не снижать

риск самоубийства [16]. Джоанна Монкрифф, психиатр и исследователь, утверждала, что сосредоточение внимания на PROM как на первичном исходе в исследованиях депрессии отражает узкий взгляд на состояние, которое игнорирует социальные и культурные факторы, способствующие этому, и что самоубийство должно быть первичным исходом в таких испытаниях [17]. Питер Крамер, психиатр и автор популярной книги «Слушая прозак», писал, что «*конечной целью лечения депрессии является предотвращение суицида*» [18].

Несмотря на это, большинство работ по изучению эффективности вмешательств при депрессии упорно выполняются по суррогатному первичному исходу — выраженности самой депрессии<sup>16</sup>. Более того, **потенциальных суицидентов намеренно удаляли из клинических испытаний АД, что делало исход смерти «невидимым» даже в качестве побочных эффектов**: «Смертность от суицида и суицидальных попыток значительно снизилась в ходе клинических испытаний АД после 2000 г. по сравнению с десятилетием до 2000 г. Основные демографические характеристики пациентов остались неизменными, а влияние медикаментозного лечения на суицидальность не было очевидным. Эти результаты могут отражать расширенные процедуры скрининга и эффективное исключение суицидальных пациентов из клинических испытаний депрессии» [19].

<sup>10</sup>Если исходом является смерть, то и измерительные инструменты становятся ненужными.

<sup>11</sup>Количественные показатели психологически понятным образом имитируют научность работы («по латентному признаку»: цифры, значит «математика», а значит — «наука»); они быстро получаемы, в отличие от клинических исходов, которых нужно, в той или иной мере, долго ждать (а тут диссертацию защищать нужно...). На этом примере видно отличие классической науки от исследовательской практики в медицине.

<sup>12</sup>DSM (от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам.

<sup>13</sup>ICD (от англ. International Classification of Diseases) — Международная классификация болезней.

<sup>14</sup>Для сбора информации для этого раздела пользовались ChatGPT Mar 14 Version. Free Research Preview. <https://chat.openai.com/>.

<sup>15</sup>PROM (от англ. patient reported outcomes measure) — показатели результатов, о которых сообщают больные (букв.).

<sup>16</sup>Не могу очередной раз не повториться, что это делает нас участниками анекдота: — «Помогает ли ваше лечение больному? — «О да! У нас прекрасная динамика! Больной, считавший себя Людовиком XIV теперь считает себя Людовиком XIII...»

Наконец, загадочно, почему этот факт не замечен большинством сторонников ДМ, даже такими выдающимися её деятелями, как Питер Гётче и Дж. Иоаннидис?

Таким образом, значительное количество клинических исследований АД на сегодня — это пример **доказательного дизайна**, где сначала из выборки намеренно удаляют **«нежелательные» исходы**, затем **негодными инструментами «измеряют» неадекватные исходы**, потом **обобщают необобщаемое в МА**.<sup>17</sup>

Даже если мы станем изучать не биологические (лекарственные), а психотерапевтические воздействия, такие результаты также нельзя будет обобщить в клинических исследованиях, ибо квазиизмерения выраженности депрессии или других экзистенциально-зависимых параметров (например, суицидальных намерений, а не самого факта смерти) точно так же будут «плавать», и мы вновь будем вынуждены задуматься о «жестких» исходах: *«Следует отметить несколько значительных пробелов в литературе. Во-первых, учитывая недостаток РКИ, способных обнаружить смертельные случаи из-за самоубийства, неизвестно, может ли смерть в результате самоубийства, а не попытки (незавершённого. Н.З.) самоубийства, быть предотвращена психотерапией. Кроме того, неясно также, уменьшает ли на самом деле психотерапия, направленная на сокращение попыток самоубийства или суицидальных мыслей, смертельные случаи из-за самоубийства»* [20].

Однако для выбора предотвращения суицида в качестве исхода есть одно существенное препятствие: «Поскольку самоубийство является поведением с низкой базовой частотой, для проведения адекватных исследований требуются очень большие выборки» [20]. **«Сравнительно низкая частота суицидальных явлений даже в популяции больных депрессией означает, что для надёжной оценки влияния терапии на суицидальный риск потребуются... примерно два млн субъектов»** [21].

Это, вероятно, заставит в будущем отказаться от РКИ для получения убедительного результата эффективности АД. Возможно, что выходом из положения могли бы стать национальные регистры. Однако их создание — очень длительный и дорогой процесс, который явно будут опережать разработки новых АД, и содержание регистров частично обесценится. Если же мы начнём искать «жесткий» критерий индивидуального (или куль-

турального) смысла, ответив на вопрос в эпиграфе этой статьи — «Зачем жить?» (то есть определим, **зачем нужно избавляться от депрессии**), то, даже найдя его, мы вновь попадём в нескончаемый круг — такой исход нельзя обобщить для транскультуральной популяции, например в МА.

Таким образом, в вопросах изучения эффективности АД, которые позволили бы обобщить их в универсальных клинических рекомендациях, мы попадаем в методологический тупик. Нужно признать, что мы стоим на пороге отказа от «общечеловеческих ценностей» в психиатрии и должны будем прийти к ценностям индивидуальным и культуральным<sup>18</sup>.

## ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Кому выгодно «не замечать» эти ошибки? Есть основания думать, что так же, как и с финансированием исследований [8], в сохранении этой «научнообразной некорректности», прежде всего, заинтересован фармбизнес. Ну, а личные интересы желающих «онаучить» («оматематичить») психиатрию и собственную деятельность, тоже могут иметь место.

Вдобавок на мельницу рынка, заинтересованного в расширении показаний к применению АД через *медиализацию обыденного*, льёт воду продвигаемая им идея, что социальное неравенство обусловлено некими биологическими несовершенствами, которые можно исправить фармакологическими препаратами: *«Теория химического дисбаланса предполагает, что существует нормальное или идеальное нейрохимическое состояние, относительно которого можно измерить каждого человека. По мере того, как границы болезни раздвигаются»*<sup>19</sup>, значительной

<sup>17</sup>Это не критика КЭ/ДМ! Это пример того, как можно, ненамеренно или специально, не соблюдая принципов и постулатов ДМ, получить ложный результат.

<sup>18</sup>Я уже слышу голоса об изобретении «национальной таблицы умножения». Однако это сравнение неуместно. Медицина, как я неоднократно говорил, не наука, а лишь одна из человеческих практик, погружённая в рыночный мир и, как любое другое производство, использующая технологии фундаментальных дисциплин.

<sup>19</sup>Инструментом расширения границ болезни (медиализация обыденного) как раз и становятся количественные суррогатные оценки, так как они позволяют произвольно «устанавливать» границы допустимой выраженности чувств, в зависимости от маркетинговых задач. Человеку «с цифрами в руках» показывают, что он, дескать, отличается от остальных, например, на 10 баллов какой-нибудь оценочной шкалы... (см. сноску выше о Людовике IV).

части населения внушается неудовлетворённость собой и потребность «исправлять» это, меняя химию своего мозга. Людей поощряют прекратить быть самим собой, как в эмоциональной, так и в материальной жизни. Индивидуальное потребление — в данном случае фармацевтических препаратов — представлено как средство достижения этой цели» [22].

На примере «общечеловеческих» оценочных шкал и сообразных им исходов становится видно, что идеологические вопросы (с которых начиналась эта статья), всегда подспудно присутствующие во всех сферах человеческой деятельности (в нашем случае — попытка навязать всему миру единые смыслы существования, игнорируя культуральное разнообразие), формируют **научный снобизм и дефектную методологию исследований**. Образно говоря, исследовательская деятельность в медицине на сегодня обслуживает интересы белого человека<sup>20</sup>.

Таков и выбор направлений клинических исследований ДМ, на что указывал Дж. Иоанидис [8]: на 25% глобального бремени болезни приходится 0,1% работ типа клинических исследований (то есть ДМ занималась тем, что интересно белому населению...); даже калибровка пульсоксиметров проводилась на белом населении, а позднее обнаружилось, что у людей с более тёмной кожей они дают неправильные результаты. Та же история с геномным проектом, который был сделан почти исключительно на европейцах (96% исследований было проведено на 12% жителей земли) [23].

Нужно добавить ещё один, едва ли не самый мощный источник, в той или иной мере осознанных манипуляций медицинскими данными. Надуманные упрёки многих врачей в адрес КЭ/ДМ («запрещает творчество», «отменяют клинический метод» и т.п.), вызваны отнюдь не «методологической озабоченностью»<sup>21</sup>. Люди вообще и врачи в частности не желают, чтобы кто-то ставил под контроль их деятельность<sup>22</sup> и покушался на биовласть, как её понимал М. Фуко<sup>23</sup> [24, 25]. Сегодня нашлось тому подтверждение. Ещё задолго до появления ДМ американский врач, аристократ, Ernest A. Codman, (1869–1940), которому мир обязан созданием первых регистров заболеваний, обвинялся в предательстве сословных интересов, так как покушался на «творчество»: «Стремясь разрушить образ меди-

цины как «искусства», зависящего от мудрости избранной группы сверхъестественно талантливых людей, Кодман также угрожал разрушить реальность, обусловленную классовыми различиями, лежащую в основе этой публичной оболочки»<sup>24</sup>. «Медицинский истеблишмент по обе стороны Атлантики изо всех сил избегал проверки данных».

И последнее. «Наборы данных не являются «безличными доказательствами», какими их считал Кодман. ...данные, несомненно, воспроизводят и конкретизируют предубеждения самого общества. Как объясняет специалист по информатике Массачусетского технологического института Марзиех Гассеми, данные предлагают «блеск объективности», воспроизводя этнические, расовые, гендерные и возрастные предубеждения институционализированной медицины. Таким образом, инструменты, тесты и методики, основанные на этих данных, также не беспристрастны» [23].

## ДОПОЛНИТЕЛЬНО

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Благодарности** активному члену Общества специалистов доказательной медицины Павлу Викторовичу Желнову за предоставленные источники и дельные замечания.

**Funding.** This publication was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interests.** The author declare no conflicts of interests.

**Thanks** to Pavel Viktorovich Zhelnov, an active member of the Society of Evidence-Based Medicine Specialists, for providing sources and practical comments.

<sup>20</sup>Я бы уточнил, в нашем случае — «англосаксонского человека».

<sup>21</sup>Разве что по наивности...

<sup>22</sup>КЭ/ДМ требует соблюдать определённый набор медицинских технологий (рекомендации и даже стандарты), перед тем как перейти к творческому применению этих знаний на конкретном больном. Любые точные данные (полученные КЭ/ДМ) могут обнаружить некачественную работу врачей.

<sup>23</sup>Явная или неявная способность социума и его властных структур нормировать и регулировать биологические отправления отдельных индивидуумов. (М. Фуко)

<sup>24</sup>Сегодня, в эпоху, когда врачи, утратившие свою сословную принадлежность, рекрутируются из всех социальных слоёв, правильнее будет говорить не о классовых различиях, а о покушении на биовласть, исполнение которой делегировано врачам.



## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Зорин Н.А. Методологический самообман. Имеют ли смысл квазиизмерения человеческих чувств и ощущений? // Неврологический вестник. 2018. Т. L. Вып. 4. С. 19–22.
2. Зорин Н.А. Ещё раз про любовь к доказательной медицине // Неврологический вестник. 2019. Т. LI. Вып. 2. С. 95–100.
3. Зорин Н.А. Напрасные надежды, или почему в обозримом будущем прогресса психиатрии не будет. Доклад на конференции «Диагностические и терапевтические парадоксы современной психиатрии», 2 декабря 2022 г. Казань. <https://www.youtube.com/watch?v=75frMHJg-ZU&t=1211s> (дата обращения: 13.03.2023).
4. Altenmüller M.S., Wingen T., Schulte A. Explaining polarized trust in scientists: A political stereotype-approach. 2022. Nov. 23 (preprint). DOI: 10.31219/osf.io/tdukb.
5. Лесков Н.С. Загон. Собрание сочинений. В 11 т. Т. 9. М.: Государственное издательство художественной литературы, 1956–1958. 253 с.
6. Жуков Н. Энциклопедия. Критика ДМ. [https://encyclopatia.ru/wiki/Критика\\_ДМ](https://encyclopatia.ru/wiki/Критика_ДМ) (дата обращения: 13.03.2023).
7. Зорин Н.А. О сносе памятников и переименовании диагнозов // Независимый психиатрический журнал. 2020. №3. С. 70–74.
8. Иоаннидис Дж. Доказательная медицина захвачена (лекция). <https://youtu.be/N63skNtYaJw> (дата обращения: 13.03.2023).
9. Götzsche P.C. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? // *BMJ*. 2015. Vol. 350. DOI: 10.1136/bmj.h2435.
10. Давтян Е.Н. Что измеряет шкала депрессии Бека? // Психиатрия и психофармакотерапия. 2013. №2. С. 57–60.
11. Сэдок Б., Сассман Дж.Н., Сэдок В.Э. Руководство Каплана и Сэдока по медикаментозному лечению в психиатрии. М.: МЕДпресс-информ; 2021. 480 с.
12. Davies P., Ijaz Sh., Williams C.J. et al. Pharmacological interventions for treatment-resistant depression in adults // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2019. Vol. 12. N. 12. P. CD010557. DOI: 10.1002/14651858.CD010557.pub2.
13. Зорин Н.А. Зачем больной приходит к врачу? // Главный врач. 2002. №2. С. 62–65.
14. Давтян Е.Н. Слово в защиту клинициста (об использовании медицинский опросных инструментов в психиатрии) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2014. Т. 16. №2. С. 59–64.
15. Geddes J.R. Suicide prevention trials: Where are we and what do we need? // *Journal of Psychopharmacology*. 2014. Vol. 28. N. 11. P. 1085–1087.
16. Healy D. Antidepressants and suicide: Risk-benefit conundrums // *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*. 2012. Vol. 37. N. 3. P. 135.
17. Moncrieff J. Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism // *British Journal of Psychiatry*. 2009. Vol. 195. N. 3. P. 189–190.
18. Kramer P.D. Listening to Prozac: A psychiatrist explores antidepressant drugs and the remaking of the self. New York: Penguin Books; 1994. 432 p.
19. Khan A., Fahl Mar K., Gokul S., Brown W.A. Decreased suicide rates in recent antidepressant clinical trials // *Psychopharmacology (Berl.)*. 2018. Vol. 235. N. 5. P. 1455–1462.
20. Brown G.K., Jager-Hyman Sh. Evidence-based psychotherapies for suicide prevention future directions // *Am. J. Prev. Med.* 2014. Vol. 47. N. 3S2. P. S186–S194.
21. Цидик Л.И. Эффективность антидепрессантов в предотвращении суицидов. Психиатрия. Психотерапия и клиническая психология. Материалы конференции, посвящённой 90-летию кафедры психиатрии и медицинской психологии Белорус. гос. мед. ун-та. Минск: Профессиональные издания; 2015. с. 230–232.
22. Moncrieff J. Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism // *British Journal of Psychiatry*. 2006. Vol. 195. N. 3. P. 301–302.
23. Gainty C. From a “deranged” provocateur to IBM’s failed AI superproject: The controversial story of how data has transformed healthcare. *The Conversation Published*: January 16, 2023. <https://theconversation.com/from-a-deranged-provocateur-to-ibms-failed-ai-superproject-the-controversial-story-of-how-data-has-transformed-healthcare-189362> (access date: 13.03.2023).
24. Зорин Н.А. Апология индустриальной модели медицины. Доклад на научно-практической конференции с международным участием «Status praesens психиатрии. Междисциплинарный консилиум», Санкт-Петербург, 29.11.1019. [https://www.youtube.com/watch?v=wURXS6yo6\\_s](https://www.youtube.com/watch?v=wURXS6yo6_s) (дата обращения: 13.03.2023).
25. Зорин Н.А. Поиск чёрной кошки в тёмной комнате. О сомнительной ценности поиска «объективного» диагноза. Доклад на конференции «Психиатрические поколения в поиске консенсуса» (Казань, 1 декабря 2021 года). <https://www.youtube.com/watch?v=f3iV0f991aM> (дата обращения: 13.03.2023).

## REFERENCES

1. Zorin NA. Metodologicheskij samoobman. Imeyut li smysl kvaziizmereniya chelovecheskih chuvstv i oshchushchenij? *Nevrologicheskij vestnik*. 2018;L(4):19–22. (In Russ.)
2. Zorin NA. Eshche raz pro lyubov' k dokazatel'noj medicine. *Nevrologicheskij vestnik*. 2019;LI(2):95–100. (In Russ.)
3. Zorin NA. Naprasnye nadezhdy, ili pochemu v obozrimom budushchem progressa psihiatrii ne budet. Doklad na konferencii «Diagnosticheskie i terapevticheskie paradoksy sovremennoj psihiatrii», 2 dekabrya 2022 g. Kazan'. <https://www.youtube.com/watch?v=75frMHJg-ZU&t=1211s> (access date: 13.03.2023). (In Russ.)
4. Altenmüller MS, Wingen T, Schulte A. *Explaining polarized trust in scientists: A political stereotype-approach*. 2022. Nov 23 (preprint). DOI: 10.31219/osf.io/tdukb.
5. Leskov NS. *Zagon*. Sobr. soch. v 11 t. T. 9. M.: Gosudarstvennoe izdatel'stvo hudozhestvennoj literatury, 1956–1958. 253 p.
6. Zhukov N. *Enciklopiya. Kritika DM*. [https://encyclopatia.ru/wiki/Kritika\\_DM](https://encyclopatia.ru/wiki/Kritika_DM) (access date: 13.03.2023). (In Russ.)
7. Zorin NA. O snose pamyatnikov i pereimenovanii diagnostov. *Nezavisimyj psihiatricheskij zhurnal*. 2020;(3):70–74. (In Russ.)
8. Ioannidis Dzh. *Dokazatel'naya medicina zahvachena (lekcija)*. <https://youtu.be/N63skNtYaJw> (access date: 13.03.2023). (In Russ.)
9. Götzsche PC. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? *BMJ*. 2015; 350. DOI: 10.1136/bmj.h2435.
10. Davtyan EN. Chto izmeryaet shkala depressii Beka? // *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya*. 2013;(2):57–60. (In Russ.)

11. Sedok B, Sassmen DzhN, Sedok VE. *Rukovodstvo Kaplana i Sedoka po medikamentoznomu lecheniyu v psihiatrii*. M.: MEDpress-inform; 2021. 480 p. (In Russ.)
12. Davies P, Ijaz Sh, Williams CJ et al. Pharmacological interventions for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;12(12):CD010557. DOI: 10.1002/14651858.CD010557.pub2.
13. Zorin NA. Zachem bol'noj prihodit k vrachu? *Glavnyj vrach*. 2002;(2):62–65. (In Russ.)
14. Davtyan EN. Slovo v zashchitu klinitsista (ob ispol'zovanii medicinskij oprosnyh instrumentov v psihiatrii). *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya*. 2014;16(2):59–64. (In Russ.)
15. Geddes JR. Suicide prevention trials: Where are we and what do we need? *Journal of Psychopharmacology*. 2014;28(11):1085–1087.
16. Healy D. Antidepressants and suicide: Risk-benefit conundrums. *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*. 2012;37(3):135.
17. Moncrieff J. Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism. *British Journal of Psychiatry*. 2009;195(3):189–190.
18. Kramer PD. *Listening to Prozac: A psychiatrist explores antidepressant drugs and the remaking of the self*. New York: Penguin Books; 1994. 432 p.
19. Khan A, Fahl Mar K, Gokul S, Brown WA. Decreased suicide rates in recent antidepressant clinical trials. *Psychopharmacology (Berl)*. 2018;235(5):1455–1462.
20. Brown GK, Jager-Hyman Sh. Evidence-based psychotherapies for suicide prevention future directions. *Am J Prev Med*. 2014;47(3S2):S186–S194.
21. Cidik LI. Effektivnost' antidepressantov v predotvrashchenii suicidov. *Psihiatriya. Psihoterapiya i klinicheskaya psihologiya*. Materialy konf., posv. 90-letiyu kafedry psihiatrii i med. psihologii Belorus. gos. med. un-ta. Minsk: Professional'nye izdaniya; 2015. p. 230–232.
22. Moncrieff J. Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism. *British Journal of Psychiatry*. 2006;195(3):301–302.
23. Gainty C. *From a “deranged” provocateur to IBM’s failed AI superproject: the controversial story of how data has transformed healthcare*. The Conversation Published: January 16, 2023. <https://theconversation.com/from-a-deranged-provocateur-to-ibms-failed-ai-superproject-the-controversial-story-of-how-data-has-transformed-healthcare-189362> (access date: 13.03.2023).
24. Zorin NA. Apologiya industrial'noj modeli mediciny. Doklad na nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem “Status praesens psihiatrii. Mezhdisciplinarnyj konsilium”. Sankt-Peterburg, 29.11.1019. [https://www.youtube.com/watch?v=wURXS6yo6\\_s](https://www.youtube.com/watch?v=wURXS6yo6_s) (access date: 13.03.2023). (In Russ.)
25. Zorin NA. *Poisk chernoj koshki v temnoj komnate. O somnitel'noj cennosti poiska “ob”ektivnogo” diagnoza*. Doklad na konferencii “Psihiatricheskie pokoleniya v poiske konsensusa” (Kazan', 1 dekabrya 2021 goda). <https://www.youtube.com/watch?v=f3iV0f991aM> (access date: 13.03.2023). (In Russ.)

## ОБ АВТОРЕ

**Зорин Никита Александрович**, канд. мед. наук;  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7245-216X>;  
eLibrary SPIN: 6352-6095;  
e-mail: [nzorin@inbox.ru](mailto:nzorin@inbox.ru)

## AUTHOR'S INFO

**Nikita A. Zorin**, M.D., Cand. Sci. (Med.);  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7245-216X>;  
eLibrary SPIN: 6352-6095;  
e-mail: [nzorin@inbox.ru](mailto:nzorin@inbox.ru)

## БАСЫЛГАН МӘКАЛӘЛӘР РЕФЕРАТЛАРЫ

### Шизофрения диагностикасында кулланыла торган психиатрия терминнары рәтендәге «семантик бушлык»

В.Д. Менделевич

Казан дәүләт медицина университеты, Россия

Мәкалә психиатрия диагнозын нигезләүдә кулланыла торган терминологияне анализлауга багышлана. Автор, лингвистик алымнар белән, психиатрия өлкәсендәге теге яки бу психопатологик билгене белдерә торган семантик яктан “тулы” яки “буш” терминнар булуга игътибарны юнәлтә. Шизофрения спектры тайпылышлары диагностикасында кулланыла торган терминнарда ревизия үткәру, төгәл булмаган, күптөрле мәгънәгә ия, халыкара диагностика системасына кермәтелмичә, архаик дип табылган терминнарны психиатрия лексиконуннан алып ташлау кирәк дигән нәтижә ясала. Аерым алганда, сүз юк кына сәбәптән дә кинәт ярысып китү, эмоцияләренң үтә купшылыгы, парадоксальлек, берәз сәерлек, амбивалентлык турында бара.

**Төп төшенчәләр:** психиатрия терминологиясе, психиатрия диагностикасы, семантик төгәлсезлек, семантик бушлык, шизофрениягә гипердиагностика уздыру.

### Паркинсон авырулы пациентларның тормыш сыйфатындагы клиник-социаль аспектлар

Л.И. Копылова<sup>1</sup>, А.А. Таппахов<sup>1,2</sup>, Т.Я. Николаева<sup>1</sup>, Т.Е. Попова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>М.К. Аммосов ис. Төньяк-Көнчыгыш федераль университеты, Якутск, Россия

<sup>2</sup>Якутск комплекслы медицина проблемалары фәнни үзәге, Якутск, Россия

**Нигезләмә.** Паркинсон авыруы — яшкә бәйле нейродегенератив авыру, кара матдәнең дофамин-синтезлаучы нейроннары юкка чыгуы аркасында килеп чыга. Клиник яктан хәрәкәт тайпылышлары һәм күпсанлы мотор булмаган симптомнар белән характерлана. Мотор булмаган симптомнар Паркинсон авырулы пациентларның тормыш сыйфаты дәрәжәсен мотор күренешләргә караганда күбрәк түбәнәйтә, эмма аларның роле әле ахыргача өйрәнелеп бетмәгән.

**Максат.** Саха (Якутия) Республикасында Паркинсон авырулы пациентларның тормыш сыйфатына мотор, когнитив һәм аффектив тайпылышларның, шулай ук социаль факторларның йогынтысын билгеләү.

**Материал һәм алымнар.** 1-3 стадия (Хен-Яра шкаласы буенча) Паркинсон авырулы 35 пациент (60% ы – хатын-кызлар, 40%ы – ир-атлар, уртача яшьләре  $64,4 \pm 2,0$  яшь) тикшерелә. UPDRS, MoCA, HADS, NMSQuest шкалалары, Эпвордның йокымсырау шкаласы, PDQ39 шкаласы кулланыла. Тикшеренү уздырылган төркем пациентларда клиник билгеләр һәм социаль факторлар өйрәнелә.

**Нәтижәләр.** Тормыш сыйфаты дәрәжәсе түбәнәюнең авыруның кайсы стадиядә булуына ( $r=0,56$ ,  $p=0,009$ ), хәрәкәтләнүдәге кыенлыктарга ( $r=0,65$ ,  $p < 0,001$ ) һәм мотор булмаган билгеләрнең гомуми санына ( $r=0,46$ ,  $p=0,008$ ) билгеле бер дәрәжәдә бәйле булуы күрсәтелә. Авыруның ничә яшьтә булуы һәм кайчаннан бирле авыруы тормыш сыйфатына йогынты ясамый. Тормыш сыйфаты дәрәжәсе түбәнәюгә депрессия ( $r=0,83$ ,  $p < 0,001$ ), шомлану хисе ( $r=0,69$ ;  $p < 0,001$ ) һәм когнитив функцияләренң ( $r=-0,46$ ;  $p=0,008$ ) зәгыйфьләнүе дә тәэсир итә. Тормыш сыйфаты дәрәжәсенен түбән булуы ялгыз яшәүче авыруларда, шулай ук инвалидларда күзәтелә. Этник һәм гендер билгеләре, пациентның эш-шөгыльләре, белем дәрәжәсе тормыш сыйфатына йогынты ясамый. Паркинсон авырулы пациентлар 3 төркемгә бүлүп өйрәнелә: тормыш сыйфаты дәрәжәләре жиңелчә, уртача һәм сизелерлек түбән булганнар. Аларның клиник-социаль портретлары бирелә.

**Йомгак.** Паркинсон авырулы пациентларның тормыш сыйфаты авыруның нинди стадиядә булуына, депрессия дәрәжәсенә, социаль факторларга бәйле, бу исә врач-неврологларның гына түгел, ә бәлки психотерапевт һәм социаль хезмәткәрләрнең дә игътибарын таләп итә.

**Төп төшенчәләр:** Паркинсон авыруы, мотор булмаган билгеләр, депрессия, шомлану, когнитив тайпылышлар, тормыш сыйфаты.

### **Бала чакларында психик тайпылыш диагнозы куелган пациентларның диагнозын үзгәртү ихтималлылыгы**

Т.Р. Газизуллин<sup>1,2</sup>, В.Д. Менделевич<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Казан дәүләт медицина университеты, Казан, Россия

<sup>2</sup>В.М. Бехтерев ис. Республика клиник психиатрия хастаханәсе, Казан, Россия

**Нигезләмә.** Психиатрия диагнозын үзгәртү ихтималлылыгы актуаль проблема булып тора.

**Максат.** Бала чакларында психик тайпылыш диагнозы куелган пациентларның, олы кешеләрне дөвалаучы психиатр күзәтүенә күчкәннән соң, диагнозларын үзгәртү ешлыгын һәм ихтималлылыгын өйрәнү.

**Материал һәм алымнар.** Беренче тапкыр психиатрга бала һәм яшүсмер чакта мөрәжәгать итеп, аннан соң консультацияләр өчен һәм диспансерга исәпкә куелган пациентлар белән булган 246 очрак анализлана. Тикшеренү катмнестик характерда булып, ТР Сәламәтлек саклау министрлыгының акад. В.М. Бехтерев ис. Республика клиник психиатрия хастаханәсе электрон базаларынан алынган мәгълүматларны анализлау, шулай ук беренчел медицина документларын (амбулатор карталар һәм авыру тарихларын) өйрәнү юлы белән алып барыла. Тикшеренү нәтижәләре Statistica 6.0 һәм MS Excel 2020 программалары базасында эшкәртелә.

**Нәтижәләр.** Бала чакта ачыкланган психик тайпылышлардан килеп чыккан нәтижәләрнең төп вариантлары тасвирлана. Клиник очракларның яртысынан артыгында бала вакытта верификацияләнган психиатрия диагнозы соңгы нәтижә була алмый, алга таба да төгәлләүләр, эзләнү-өйрәнүләр таләп итә. Күпфакторлы статистика ысуллары ярдәмендә психик тайпылышлар үсеше алгоритмнарының төп транснозологик (дименсиональ) модельләре булдырыла.

**Төп төшенчәләр:** балаларда була торган психик тайпылышлар, катмнестик, транснозологик тикшеренүләр, дименсиональ алым, психиатрия диагностикасы, кластер анализы.

### **Беренче тапкыр церебраль инсульт кичергән пациентларның копинг-стратегияләрен лонгитудиналь тикшерү: когнитив дисфункция, зарарланган урын һәм депрессия белән үзара нисбәте**

М.А. Савина<sup>1</sup>, Е.А. Петрова<sup>2</sup>, Е.А. Кольцова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Персонализацияләнган медицина фәнни үзәге, Мәскәү, Россия

<sup>2</sup>Н.И. Пирогов ис. Россия милли тикшеренү медицина университеты. Мәскәү, Россия

**Нигезләмә.** Авыруны жинчүнең адекват булмаган стратегияләрсә инсульт кичергән пациентларның тормыш сыйфаты түбәнәю һәм аффектив тайпылышлар белән ассоциацияләнә. Файдаланыла торган копинг-стратегияләр бик күп модификацияләнмәүче факторлар (белем дәрәжәсе, женес, инсульт булган урын) белән билгеләнсә дә, вакыт узу белән аларның үзгәрүе күрсәтелә.

**Максат.** Беренче тапкыр церебраль инсульт кичергән пациентларның копинг-стратегияләрен һәм алар белән ассоциацияләнган факторларны лонгитудиналь тикшерү.

**Материал һәм алымнар.** Элеге хезмәт беренче тапкыр церебраль инсульт кичергән авырулар когортасын проспектив күзәтүнең бер өлеше булып тора. Пациентлар стандарт психиатрия, неврология һәм когнитив тикшеренүләр, компьютер томографиясе уза. Афазия, ачык чагылган астения күзәтелмәгән,

күз күрүе сакланган пациентлар копинг-стратегияләре ачыкый торган Әмирхан сораулыгын тутыра (87 пациент әлеге сораулыкны инсультның 1-атнасында, 45-е — на 2-атнада, 20 авыру — 3 ай узганнан соң, 21-е — 6 айдан, 33-е — 1 елдан соң тутыра). Үзгәрмә зурлыклар арасындагы үзара бәйләнешләр параметрик булмаган статистика алымнары кулланып тикшерелә.

**Нәтижәләр.** Жиңүнең төрле стратегияләре авыруның яше белән дә, женесе белән дә, неврология кытлыгы дәрәжәсе белән дә билгеләнми. Белем дәрәжәсе, хезмәт статусы, когнитив тайпылышлар, инсульт булган урынның зурлыгы һәм зарарлану урыны белән кайбер корреляцияләр күзәтелә. Копинг-стратегияләре депрессиянең манифестациясе срокларына бәйләп куллану үзенчәлекләре төрчәлә: инсульттан соң башлангыч тернәкләнү чорында һәм соңрак, көчлерәк чорда манифестацияләнган депрессияләр төркемдәге копинг-стратегия күрсәткечләре белән контроль күрсәткечләр арасында аерымлыклар күзәтелми, ә менә 3 һәм 6 айларда депрессия манифестациясе моментынан әлеге төркем пациентлары качу стратегиясен күбрәк куллана башыйлар. Инсульт алды депрессияләре төркемдә качу стратегиясен күбрәк куллану инсультның 1-атнасында күзәтелә.

**Йомгак.** Копинг-стратегияләре лонгитудиналь тикшерү шуны күрсәтә төрле жиңү стратегияләрен куллану — күпсанлы модификацияләнгән һәм модификацияләнми торган факторлар белән билгеләнә торган гаять хәрәкәтчән процесс. Копинг-стратегияләр депрессия предикторлары булып тормый, киресенчә, манифестацияләүче депрессия копинг-стратегияләр куллануга сәбәп булып тора.

**Төп төшенчәләр:** копинг-стратегияләр, жиңү стратегияләре, инсульт, депрессия, инсульттан соңгы депрессия.

### Тормыштан канәгатьлек шизофренияле авыруларның комплаентлыгы факторы буларак

В.В. Руженкова<sup>1,2</sup>, И.С. Хамская<sup>1</sup>, К.Ю. Ретюнский<sup>1</sup>, А.В. Боева<sup>1</sup>, О.В. Жигулина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Белгород дәүләт милли тикшеренү университеты, Белгород, Россия

<sup>2</sup>Белгород өлкә клиник психоневрология хастаханәсе, Белгород, Россия

**Нигезләмә.** Психиатрия клиникасы пациентларының төп проблемаларынан берсе — дөвалану режимын бозу аркасында килеп чыккан өзлегүләр һәм социаль дезадаптация. Кайбер мәгълүматлар буенча, пациентларның 30–50% ка якыны госпитализациядән соң дөваланудан тулысынча баш тарта яисә медикаментларны тиешеннән кимрәк итеп куллана.

**Максат.** Шизофренияле авыруларда тормыштан канәгатьлек белән комплаентлык арасындагы үзара бәйләнешне өйрәнү.

**Материал һәм алымнар.** Хастаханәдән чыгарга 1 атна кала «шизофрения» диагнозлы 23 -52 яшьлек (уртача яшьләре  $38,5 \pm 8,1$  яшь) 157 пациентлар тикшергәннәр. Төп тикшеренү алымнары: клиник-психопатология, клиник-динамика, психометрия алымнары (DAI-10 комплаентлык шкаласы, тормыштан канәгатьлек дәрәжәсен билгели торган Q-LES-Q-SF тесты, Бек төзегән өметсезлек шкаласы, HADS шомлану һәм депрессия госпиталь шкаласы) һәм статистика алымнары (тасвирлау статистикасы, корреляция анализы — Спирмен ранг корреляциясе коэффициенты).

**Нәтижәләр.** Ир-ат пациентларның 11,4% ы һәм хатын-кыз пациентларның 20,7% ы тулысынча комплаент булуы ачыклана. Ирләрнең өчтән бере, хатын-кызларның яртысы даруларын туганнары контроле ярдәме белән кабул итәләр. Пациентларның 12,6% ында тормыштан канәгатьлек күзәтелә. 43,3% пациент канәгатьсезлек хисе кичерә — бу хәл ирләр арасында 2 тапкыр ешрак күзәтелә. Пациентларның күпчелегенә хастаханәдән чыкканда үзләренең кәефләрен дөрес бәйләп бетермәү хас, бу субъектив һәм объектив бәяләрнең үзара тәңгәл килмәвеннән күренә. Ачык чагылган депрессия, шомлану һәм ышанычсызлык-өметсезлек хисе тормыштан канәгатьсезлекне тагын да арттыра. Үз чиратында, пациентларның комплаентлыгы аларның кәефенә, эшкә сәләтенә, өйдәге гадәти эшләрне башкара алуларына, тирә-юньдәгеләр белән мөнәсәбәтләренә турыдан-туры бәйле. Депрессия, шомлану һәм ышанычсызлык-өметсезлек хисе өстенлек иткәндә боларны башкару проблемага әйләнгә.

**Йомгак.** Комплаентлык тормыш сыйфаты, тормыштан канәгатьлек, пациентның физик халәте, гаиләдәге унай мөнәсәбәтләр, яхшы кәеф, эшлэгән эштән тәм табу белән турыдан-туры корреляцияләнә.

**Төп төшенчэләр:** шизофрения, комплайентлык, тормыш сыйфаты, социаль фрустрация, депрессия, шомлану, өметсезлек.

### **Күзнен арткы сегменты патологиясе күзәтелгән пациентларда психик тайпылышлар**

Д.А. Яковлев<sup>1</sup>, А.Д. Шурыгина<sup>1</sup>, С.В. Кузьмина<sup>1</sup>, А.Ю. Расчёсков<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Казан дәүләт медицина университеты, Казан, Россия

<sup>2</sup>«Расчёсков күз хирургиясе» офтальмология клиникасы, Казан, Россия

Мәкаләдә чит ил һәм үз илебез галимнәренең офтальмология патологиясе белән психик тайпылышлар арасындагы үзара бәйләнеше тасвирлаган хезмәтләре тәкъдим ителә. Иң киң таралган авырулар рәтенә депрессия һәм шомлану тайпылышлары кертеп карала. Офтальмология патологиясе һәм психик тайпылышлар коморбидлыгының таралучанлыгы өйрәнелә, шулай ук әлеге авыруларның көчәюенә китерүче факторлар тикшерелә.

**Төп төшенчэләр:** офтальмология һәм психиатрия, психик тайпылышлар, глаукома, күзнең челтәр катлавы кубу, диабетка бәйле ретинопатия.

### **Шәхес тайпылышлары диагностикасындагы кыенлыклар: категорияләрдән дименсияләргә таба күчү. Клиник очрак.**

А.А. Каток, Т.З. Бейбалаева

Казан дәүләт медицина университеты, Казан, Россия

Мәкаләдә шәхес тайпылышлары диагностикасына категориаль һәм дименсиональ якын килүен үзенчәлекләре сурәтләнә. Катнаш диссоциатив симптомлы шәхес тайпылышы күзәтелгән пациентка белән булган клиник очрак мисалында 10-каралыш Халыкара авырулар классификациясен һәм 11-каралыш Халыкара авырулар классификациясен куллану тасвирлана. Һәр ике алымның да өстенлекле һәм кимчелекле яклары күрсәтелә, клиник практикага шәхес тайпылышы дәрәжәләрен билгеләү өчен валидизацияләнгән инструментларны кертү кирәклегенә мәсьәләләре тикшерелә.

**Төп төшенчэләр:** шәхес тайпылышы, шәхес тайпылышы дәрәжәсе, категориаль алым, дименсиональ алым, спецификаторлар.

### **Нерв анорексиясе һәм нервная булимиясе: чынлап та антипод-авырулармы?**

Ю.П. Сиволап<sup>1</sup>, А.А. Портнова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Россия халыклар дуслыгы университеты, Мәскәү, Россия

<sup>2</sup>В.П. Сербский ис. Психиатрия һәм наркология милли медицина тикшеренү үзәге, Мәскәү, Россия

Нерв анорексиясе һәм нерв булимиясе ашау тәртибе тайпылышларының төп формалары булып тора, алар арасында ачык чагылган охшашлыклар да, билгеле бер аерымлыклар да күзәтелә. Бу ике тайпылышның уртақ ягы шунда: алар күп очракта яшүсмер һәм яшь хатын-кызлар арасында күзәтелеп, физик сәламәтлекнең начарауы, психиатрия коморбидлыгы һәм суицид куркынычының югары булуы белән характерлана. Нерв анорексиясе һәм нервная булимиясе очрагында төп ярдәм — психиатрия. Шулай ук вакытта, нерв анорексиясе очрагынан аермалы буларак, нерв булимиясе вакытында клиник нәтижеләгә исбатланган фармакология чаралары куллану каралган. Нерв булимиясе күзәтелгән пациентларда дөвалану мотивациясе көчлерәк чагыла.

**Төп төшенчэләр:** ашау тәртибе тайпылышлары, нерв анорексиясе, нерв булимиясе, балалар һәм яшүсмерләр, когнитив-тәртип терапиясе, гаилә психотерапиясе, икенче буын антипсихотиклары, оланзапин, флуоксетин.

**Принципларын һәм чикләрен белмәгәндә, дәлилле медицина идеяләрен ничек бозарга мөмкин**

Н.А. Зорин

Дәлилле медицина белгечләре жәмгыяте, Мәскәү, Россия

Автор тарафыннан «Неврологический вестник» журналында башлап жиберелгән хис һәм тойгыларны квазиүлчәмнәрдә бирүдәге методологик чикләүләр турындагы дискуссия дәвам иттерелә. Клиник эпидемиология һәм дәлилле медицинаның принцип һәм чикләрен аңлау, кабул итү/читкә этәрүнең нигезендә яткан сәбәпләр тасвирлана. Медицинадагы “ирек” һәм “ижат” идеяләренең биовластьны гамәлгә ашыру һәм контрольдә тотудан читкә китү ысуллары булып торуы күрсәтелә. Конкрет мисалда — антидепрессантларның нәтижәләлеген өйрәнү мисалында, клиник эпидемиология һәм дәлилле медицинаның принцип һәм постулатларын махсус (белә торып) яки аңсыз рәвештә бозуның ничек итеп ялган нәтижәләргә китерергә мөмкин икәнлеген күрсәтелә.

**Төп төшенчэләр:** сәяси стереотиплар, биовласть, дәлилле медицина, фән методологиясе, «гомумкешелек кыйммәтләре», психометрик инструментлар, квазиүлчәмнәр, культураль төрлелек, нәтижәләр (ахыргы нокталар), депрессия, антидепрессантлар, суицид (мордар китү), базар, медицина тарихы.