

- ▶ Особенности посттравматического стрессового расстройства в подростковом возрасте
- ▶ Клинико-психологические аспекты и коморбидность расстройств аутистического спектра
- ▶ Психосоматика в практике терапевта
- ▶ Феномен «смерти семьи» при посттравматическом стрессовом расстройстве
- ▶ Психологические аспекты мотивации выживания участников боевых действий
- ▶ Фильм «Телохранитель (Мэрилэнд)». Комментарий практикующего психиатра

<http://logospress.ru>

№ 3/2025

Современная терапия в психиатрии и неврологии

Содержание/Contents

ПСИХИАТРИЯ

Головина А.Г. О некоторых особенностях посттравматического стрессового расстройства в подростковом возрасте.....6

Султанова А.Н., Бакшина К.Е., Кудрина И.С. Исследование клинико-психологических аспектов расстройства аутистического спектра в отечественной и зарубежной литературе 11

Абриталин Е.Ю., Павлова Д.Ю. Коморбидность расстройств аутистического спектра на клинических примерах 14

ПСИХОСОМАТИКА

Котова О.В., Акарачкова Е.С., Беляева А.А., Лебедева Д.И. Психосоматические расстройства в практике терапевта 19

ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Семенова Н.Д. Феномен «смерти семьи» при посттравматическом стрессовом расстройстве (по материалам зарубежных публикаций 90-х годов)24

Ефремова Д.Н. Психологические аспекты мотивации выживания участников боевых действий30

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ

Артемьев А.Д. Комментарий практикующего психиатра. Фильм «Телохранитель (Мэрилэнд)»36

PSYCHIATRY

Golovina A.G. Some features of post-traumatic stress disorder in adolescence6

Sultanova A.N., Bakshina K.E., Kudrina I.S. Research of clinical and psychological aspects of autism spectrum disorder in russian and foreign literature11

Abritalin E.Yu., Pavlova D.Yu. Comorbidity of autism spectrum disorders in clinical examples 14

PSYCHOSOMATICS

Kotova O.V., Akarachkova E.S., Belyaeva A.A., Lebedeva D.I. Psychosomatic disorders in the therapist's practice19

PSYCHOTHERAPY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Semenova N.D. The 'death of family' phenomenon in post-traumatic stress disorder (based on foreign publications of the 1990s)24

Efremova D.N. Psychological aspects of survival motivation of military participants30

PSYCHOEDUCATION

Artemyev A.D. The film «Bodyguard». Psychiatrist practitioner comment36

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

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

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Путилина М.В., докт. мед. наук, профессор кафедры клинической фармакологии им. Ю.Б. Белоусова ИКМ, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

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

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

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

Журнал «Современная терапия в психиатрии и неврологии» № 3, 2025

Свидетельство о регистрации СМИ: ПИ № ФС77-50476
ISSN 2304-9707 Журнал цитируется в РИНЦ

Редакция журнала

Директор издательства: Гейне М.В.

Руководитель отдела маркетинга: Лебедева Е.В.

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

Выпускающий редактор: Шугурова И.М.



EDITOR-IN-CHIEF

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

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

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

EDITORIAL BOARD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Putilina M.V., Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Clinical Pharmacology named after Yu.B. Belousov ICM, Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow

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

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

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

Издательство «Логос Пресс»

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

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

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

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

Рукописи, принятые на рассмотрение, редакция не возвращает.

О некоторых особенностях посттравматического стрессового расстройства в подростковом возрасте

А.Г. Головина^{1,2}, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, заведующая отделом психиатрии подросткового возраста Института детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ.

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

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы» (119334, г. Москва, 5-й Донской пр. 21А).

В статье обсуждаются данные, посвященные проблеме посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у подростков, которая в последние годы приобрела особую актуальность в связи с ростом распространенности симптомов, связанных с воздействием различных травмирующих ситуаций на психику личности в период adolescence. Приводятся результаты исследований, подтверждающие увеличение распространенности обсуждаемого расстройства в последние десятилетия, обсуждаются его патогенез, факторы риска, участвующие в формировании ПТСР, типы и стадии этого расстройства на этапе adolescence, особенности психопатологических проявлений в подростковом возрасте, терапевтические подходы к коррекции данной патологии.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, психические расстройства, подростки.

Some features of post-traumatic stress disorder in adolescence

A.G. Golovina^{1,2}, Doctor of Medical Sciences, Chief Researcher, Head of the Department of Adolescent Psychiatry at the Institute of Child Psychiatry of the Federal State Budgetary Institution NTSPZ.

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

² State Budgetary Healthcare Institution of the city of Moscow "Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva of the Department of Health of the City of Moscow" (21A 5th Donskoy ave., Moscow, 119334).

The article discusses data on the problem of post-traumatic stress disorder (PTSD) in adolescents, which has become particularly relevant in recent years due to the increasing prevalence of symptoms associated with the impact of various traumatic situations on the psyche of the individual during adolescence. The research results confirming the increase in the prevalence of the disorder under discussion in recent decades are presented, its pathogenesis, risk factors involved in the formation of PTSD, types and stages of this disorder during adolescence, features of psychopathological manifestations in adolescence, and therapeutic approaches to correcting this pathology are discussed.

Keywords: post-traumatic stress disorder, mental disorders, adolescents.

Посттравматическое стрессовое расстройство — ПТСР (в соответствии с дефиницией, приведенной в клинических рекомендациях (Клинические рекомендации от 28.02.2023), утвержденных Минздравом РФ) — психическое расстройство, развивающееся вследствие мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающееся экстремальным стрессом, основными клиническими проявлениями выступают повторные переживания травматического события в ситуации «здесь и сейчас» в форме флэшбэков, повторяющихся сновидений и кошмаров, что сопровождается чаще тревогой и паникой, но возможно также гневом, злостью, чувством вины или безнадежности, стремлением избежать внутренние и внешние стимулы, напоминающие или ассоциирующиеся со стрессором. Симптомы возникают обычно в те-

чение шести месяцев от стрессового воздействия. В качестве пусковых факторов выступают события, способные вызвать дистресс практически у любого человека (природные и техногенные катастрофы, угроза жизни, нападение, пытки, сексуальное насилие, военные действия, террористические акты, пребывание в плену или концентрационном лагере, свидетельство гибели другого человека, жизнеугрожающее заболевание, получение известия о неожиданной или насильственной смерти близкого человека). Заболевание характеризуется высокой коморбидностью с другими психическими расстройствами и может приводить к изменению личности [1, 2]. В последние два десятилетия проблема ПТСР у подростков широко обсуждается специалистами во всем мире, являясь одним из вызовов современности. Еще в 80-х годах XX века, считалось, что переживание психотравмирующе-

го события детьми / подростками не провоцирует развитие серьезных психических расстройств. Предполагалось, что пластичность психики человека, не достигшего взрослости, обеспечивает ему возможность сравнительно легко пережить психотравму, зачастую не испытывая потребности в помощи психолога или, тем более, психиатра. Однако, более современные исследования показали, что у подростков не только чаще, чем у взрослых возникают тяжелые реакции на воздействие ряда серьезных стрессоров, но и формирующиеся в результате нарушения нередко оказываются более выраженными, длительными, стойкими. Кроме того, выяснилось, что палитра травматических событий, провоцирующих развитие данного расстройства, для индивидуума в подростковом возрасте шире, чем на этапе взрослости. Ряд исследователей данного расстройства в детско-подростковом возрасте указывают на то, что кроме стрессоров, значимых для любых возрастных групп, в нее входят также развод родителей, их отказ от ребёнка, лишение прав на его воспитание. Ведутся дискуссии и о роли в формировании ПТСР различных вариантов школьного стресса, буллинга, включая онлайн-формы [3–5].

Известно, что варианты стрессоров, не содержащих угрозы физическому благополучию подростка, но психологически ранящие, унижающие достоинство, воспринимаются им зачастую более устрашающими, чем опасные для здоровья / жизни, это относится и к случаям, когда он оказывается свидетелем насильственных действий в отношении других людей.

Данные о **распространенности ПТСР в подростковом возрасте** неоднозначны. До последнего времени считалось, что примерно у 5 % подростков в возрасте от 13 до 18 лет обнаруживаются симптомы ПТСР, распространенность ПТСР составляет около 8 % у девочек и 2,3 % у мальчиков [6]. Несмотря на то, что симптомы ПТСР чаще всего наиболее отчетливы в первые месяцы после травматического события, после чего ослабевают, в отсутствие адекватной терапии они персистируют в течение многих лет, активизируясь на фоне последующих болезней, травм, стрессов, повышенных нагрузок, изменений жизненного стереотипа. Однако эпидемиологические показатели ПТСР в популяции детско-подросткового возраста неоднозначны. Так, прецедентность ПТСР, приведенная в обзоре, представленном Т.Т. Tamir и соавт (2025) [7], намного превышает данные, представленные национальными центрами, занимающимися этим расстройством. Согласно этим работам, распространенность ПТСР у детей и подростков, подвергшихся травме, колеблется в диапазоне от 6 до 15 %, [8]. Данные систематических обзоров и метаанализы показывают, что распространенность ПТСР в этой группе населения после столкновения с травматическими событиями составляет от 15 до 35 % [9, 10]. Это расхождение, возможно, связано с различиями методологических подходов и диагно-

стических критериев, используемых в различных исследованиях. Но может быть обусловлено и **факторами риска / их комплексом**, включая отличия в характере травматического воздействия, культуральных различиях [10]. К ним относятся тип и тяжесть травмы [11, 12] возраст, пол, страна проживания, уровень образования и интеллекта, наличие семейной отягощенности психической патологией, психических заболеваний в анамнезе у самого юного пациента, а также наличие / отсутствие социальной поддержки, социальная изоляция [13, 14], а также низкий социально-экономический статус семьи, использование неконструктивных когнитивных стратегий (таких как отвлечение внимания и попытки не думать о событии), дотравматические: жизненные события, низкая самооценка подростка, психологические проблемы у детей и их родителей.

Исследования указывают на то, что подростки старше 14 лет более склонны к развитию ПТСР после травматического опыта по сравнению с детьми более младшего возраста [15–17]. Эта повышенная уязвимость может быть связана с более высокой когнитивной и эмоциональной осведомленностью, которая может усиливать психологическое воздействие травмы [8–10]. По мере взросления дети также могут испытывать более сложные эмоциональные реакции и глубже понимать последствия травматических событий, что может усугублять чувство страха и беспомощности [17]. Кроме того, пубертат, в силу его психобиологических особенностей, представляет собой период повышенной уязвимости личности к различным стрессорам, в т. ч. из-за ограниченного набора копинг-стратегий. Гендерные различия также значимы для развития ПТСР. Известно, что для лиц женского пола более высок риск развития этого расстройства [18], причём показатели распространённости у девочек могут оказываться вдвое выше [19–21]. Предполагается, что это может быть обусловлено несколькими факторами, включая различия в подверженности травме (девушки чаще переживают такие травмы, как сексуальное насилие [22]), социальных ожиданиях и механизмах копинга, а также к большей склонности к интернализации своих эмоций у девушек.

Частым триггером развития ПТСР у детей и подростков является переживание утраты, особенно смерти близких [9]. Эмоциональное потрясение, связанное с потерей, может вызвать глубокое горе и осложнить процесс восстановления после травмы. Подростки, ставшие свидетелями смерти других людей, особенно, насильственной, также подвержены повышенному риску развития ПТСР.

Большое значение для возможного развития ПТСР у подростков имеют тяжелые хронические заболевания (онкопатология, бронхиальная астма, сахарный диабет), не исключено, что зафиксированный его рост распространенности частично связан с улучшением помощи (в частности, выживаемости при онкологических заболеваниях)

юным пациентам при сохранении последствий переживания перенесенных боли, страха, длительных госпитализаций в стационар, тягостных лечебных манипуляций.

Значим вклад социальной поддержки для развития ПТСР. Низкий ее уровень обеспечивает более высокую частоту ПТСР у детей и подростков [8, 9]. Поддерживающие отношения с семьей, сверстниками и членами сообщества могут выступать в качестве защитных факторов, помогая пережить травматический опыт и смягчить его психологическое воздействие. Лица, не имеющие соответствующей поддержки, могут чувствовать себя изолированными и неспособными справиться со своей травмой, что повышает риск развития ПТСР [23].

Переживание чувства того, что ты загнан в ловушку, страха или беспомощности во время травмирующего события также было определено как значимый фактор риска развития ПТСР [9]. Эти эмоции могут усиливать психологическое воздействие травмы и препятствовать восстановлению. Подростки, ощущающие себя бессильными перед лицом травмы, могут испытывать трудности в восстановлении чувства контроля над своей жизнью, необходимого для выздоровления. Вмешательства, направленные на расширение прав и возможностей детей и развитие устойчивости, могут быть полезны для снижения риска развития ПТСР.

Патогенез ПТСР у подростков довольно подробно изучен. Так, имеются данные о роли наследственности в формировании «уязвимо-го фенотипа», предрасположенного к подобным нарушениям [24, 25].

Амигдалоцентрическая модель ПТСР связывает возникновение данного расстройства с перевозбуждением миндалины головного мозга и снижением активности префронтальной коры больших полушарий мозга и гиппокампа (как составляющих лимбической системы), отвечающих за обработку информации и контроль эмоций, в т. ч. ассоциированных с тревогой и страхом. Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система оказывается особенно уязвимой к негативным средовым воздействиям, происходящим на этапе взросления [26]. В ряде работ, исследующих значимость возраста психологической травматизации, показано, что наиболее сензитивными к данным нарушениям являются детство и подростковый возраст, что связано с этими нейрофизиологическими особенностями [27, 28]. Проведенные нейровизуализационные исследования показали морфологические и функциональные аспекты ПТСР, результатом которых оказываются нарушения фиксации соответствующей информации. Именно поэтому воспоминания о травме часто оказываются нечеткими, фрагментарными, при этом отдельные ее детали или подробности могут быть яркими, регулярно всплывать в памяти, не стираясь годами (нередко в виде флэшбэков), оказываясь источником страха, тревоги, душевной боли. Кроме того, пережива-

ния, связанные с травмой, провоцируют выброс и повышение уровня адреналина в крови, параллельно снижается концентрация гамма-аминомасляной кислоты и серотонина у подростка, определяя развитие раздражительности, агрессивности и тревоги. Субъективное психологическое воздействие травматического события также связано с тем, что оно нарушает базисные убеждения человека о мире и о самом себе, которые в психологии часто называют «базовыми иллюзиями», поддерживающими у индивидуума чувство защищенности от возможных опасностей. Для взрослеющей личности их нарушение оказывается особенно катастрофальным.

Эти базовые убеждения, в целом, сводятся к следующим:

1) *Иллюзия собственного бессмертия и неуязвимости* — до переживания травмы подросток подсознательно убежден, что он защищен от опасностей и никогда не умрет. Переживание угрозы для своей безопасности / жизни может кардинально изменить представления личности об окружающем мире, начинающемся казаться хаотичным, непредсказуемым и устрашающим.

2) *Вера в справедливость мироздания* — в период adolescence существует уверенность в разумности, упорядоченности и справедливости окружающего мира. Травма полностью разрушает этот постулат, провоцируя у подростка постоянное возникновение мучительных размышлений о несправедливости произошедшего, навязчивых мыслей о том, в чём он был виноват, почему именно с ним случилось несчастье.

3) *Иллюзия собственной непогрешимости* — представление о своей душевной силе и способности всегда действовать правильно. Перенесенная травма приводит к потере у подростка самоуважения и претензиям, предъявляемым к самому себе, в том, что не сумел вести себя так, как это было необходимо.

Можно выделить несколько основных стадий ПТСР у подростков:

1) *Острый стресс*. Во время психотравмирующего события и несколько дней после него подросток находится в состоянии шока. Эта стадия включает в себя непосредственно чувство страха, ужаса, подавленности, растерянности, ранимости. Может также возникать защитная реакция — отрицание происходящего (когда создается ощущение, что событие произошло вне реальности, с кем-то другим).

2) *Стадия посттравматического стрессового расстройства*. Является этапом развернутой симптоматики. Подросток замыкается в себе, вновь и вновь переживает травмирующую ситуацию, его мысли становятся навязчивыми, пропадает интерес к окружающему миру. Возникают психопатологические проявления, описанные ниже.

3) *Стадия восстановления*. Постепенно симптомы ПТСР становятся менее выраженными, мысли о психотравмирующем событии возникают все реже,

пациент начинает возвращаться к нормальной жизни. Однако эта стадия нередко, особенно в отсутствие адекватной помощи может продолжаться длительное время, ряд симптомов же способен сохраняться в течение всей последующей жизни или время от времени рецидивировать.

В литературе приводят следующие *типы подросткового ПТСР*:

Острое ПТСР.

Хроническое ПТСР.

Отсроченный синдром ПТСР.

Деформации эмоционально-волевой сферы.

У подростков клинические проявления ПТСР соотносятся с наблюдаемыми у взрослых. Однако имеется ряд отличий, на которых целесообразно остановиться.

— При ПТСР, дебютирующем на этапе adolescence, значительно чаще регистрируются клинические проявления *депрессии и «свободно плавающей» тревоги*, часто возникают *навязчивые мысли, тематически связанные с травмой*, а также *страх повторения пережитого*, влекущий за собой избегание всего, что с ним ассоциируется, в т. ч. места, где произошло стрессовое событие, общения с другими его участниками, свидетелями.

— Часто у лиц в период adolescence отмечают разнообразные *симптомы диссоциации*, включая деперсонализацию-дереализацию синдром, диссоциативную амнезию, диссоциативное расстройство идентичности (ранее обозначалось термином «множественное расстройство личности» — преимущественно известное отечественным специалистам из зарубежных источников, освещающих ситуации судебной психологии-психиатрической экспертизы), фуги, диссоциативные конвульсии, состояния транса и одержимости.

— У подростков чаще, чем у взрослых, ПТСР проявляется полиморфными *соматоформными, когнитивно-психическими нарушениями, соматическими эквивалентами тревоги* или провоцирует развитие *психосоматических расстройств*.

— *Регрессивная симптоматика*, нетипичная для взрослых, реализуется в возвращении к очерку поведения, реакциям и психопатологическим симптомам / симптомокомплексам, характерным для значительно более младшей возрастной группы. Так, вновь активизируются детские страхи — темноты, сказочных персонажей, разлуки. При этом их интенсивность оказывается высока — подростки, опасаясь темноты и одиночества, настаивают на том, чтобы включать на ночь яркое освещение, помещать рядом средства защиты, детские игрушки, спать в одной комнате / постели с родителями. Ряд юных пациентов с ПТСР вновь возвращаются к играм и развлечениям, из которых давно «выросли», многие из них (чаще девушки) пытаются приобрести облик ребенка, для чего облачаются в подчеркнута детскую одежду, отказываются от употребления косметики, становятся подчеркнута инфантильными, утрированно плаксивыми и капризными.

— *Когнитивные нарушения* с возникновением трудностей в обучении, нарушений внимания, памяти, нестабильностью нейрокогнитивных функций, падением успеваемости, нередко имитируют снижение интеллектуальных способностей. Это связано как с элементами регресса, наличием аффективных проявлений, так и с появлением тревоги, страхов, формированием особого тревожного когнитивного стиля со стабильным существованием в сознании пациента «сигналов опасности», постоянно напоминающих о возможных угрозах со стороны внешнего мира, окружающих, но, главное, — своего собственного «Я». Кроме того, пессимизм в отношении будущего, неверие в свои возможности снижают в подобных случаях мотивацию подростка к обучению.

— В пубертате, чаще, чем у взрослых пациентов, обнаруживается *импульсивность, в качестве же ее производных — гетеро- и аутоагрессия*. Аутоагрессивное поведение, существует преимущественно в форме эпизодов несуицидального самоповреждения (нанесение самопорезов, прижигание себя сигаретами и т. д.), часто отмечаются аутодеструктивные поведенческие паттерны (употребление психоактивных веществ, алкоголя, незащищенный секс, увлечение экстремальными хобби — ружингом, скайуокингом, бейскамбингом, бейсджампингом и т. д.), а также суицидальное поведение. Если говорить о гетероагрессивных паттернах, то в наиболее неблагоприятных случаях поведенческие девиации закрепляются, приобретают характер стойких конвенциональных нарушений.

— *Диссомнии* — среди проблем со сном чаще, чем в других возрастных группах, доминирует чрезмерная сонливость, что может оказаться формой психологического регресса или стремлением уйти от реальности. Нередко встречаются и трудности засыпания, ночные кошмары (как сюжетно ассоциированные, так и не соотносящиеся с тематикой травмы).

— *Расстройства пищевого поведения* наблюдаются также чаще, чем в других группах. Обнаруживаются анорексия / булимия, периоды смены одних нарушений пищевого поведения другими, что может привести к развитию истощения или ожирения. Известны случаи (преимущественно у девушек), когда так проявляют неконструктивные копинг-стратегии, защитные формы поведения после пережитого сексуального насилия, когда жертва боится быть сексуально привлекательной [29].

При различных видах травмы предпочтительными бывают определенные расстройства, например, психосоматические расстройства и диссомнии чаще возникают после тяжелых соматических заболеваний, проявления диссоциации — после пережитого насилия.

Что касается терапевтических подходов, к коррекции ПТСР у подростков, то ведущим методом оказалась когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Ее применение помогает подростку распознавать мысли, провоцирующие тревогу,

раздражение, страх или вину, выявлять стойкие когнитивные искажения, дает возможность изменить эмоциональные / физические реакции на тревожные ситуации и сформировать навыки работы со стрессом, т. е. предлагает инструменты, которые помогут ему справиться с ситуацией. Результаты метаанализа, сопоставляющие и ранжирующие различные типы и форматы психотерапии ПТСР у детей и подростков позволили заключить, что КПТ, индивидуальная КПТ, ориентированная на травму, методика десенсибилизации и коррекции переработки информации с помощью движений глазных яблок (интегрирующая элементы психодинамической, когнитивно-бихевиоральной, когнитивной и интерперсональной систем и телесно-ориентированную терапию, а также компонент билатеральной стимуляции мозга), а также групповые варианты КПТ были наиболее эффективны [30]. При этом нет достаточных доказательств о предпочтительности какого-либо ее варианта для подростков с определенными типами травм [31]. Для лечения ПТСР у подростков используются антидепрессанты, чаще селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), анксиолитики, а также препараты иных фармакологических групп (например, антипсихотики) с противотревожным или антиобсессивным действием.

В заключение можно отметить, что ПТСР — серьезная проблема психического здоровья на этапе становления личности. Влияние ПТСР в период adolescence может быть крайне значимым, определяя не только психологическое благополучие, но и физическое здоровье, социальное функционирование и академическую успешность подростка, а также будущие его перспективы и качество жизни [32]. Уточнение представлений о распространенности, predispositions, факторах риска, клинических проявлениях и вариантах лечения ПТСР у молодых людей имеет решающее значение для разработки эффективных мер вмешательства и систем поддержки.

Литература

1. Психотерапия: Учебное пособие/под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022 — 864 с.: ил. — DOI: 10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-862.
2. МКБ. Международная классификация болезней, 10-й пересмотр. Психические расстройства и расстройства поведения. Класс V МКБ-10, адаптированный использования в Российской Федерации, М.: Российское общество психиатров, 1998.
3. Ганузин В.М., Борохов Б.Д. Психотравмирующие факторы в школьном возрасте и их влияние на здоровье: постдидактическое стрессовое расстройство (обзор) // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. — 2022. — Т. 14, № 1. — URL: <http://mprj.ru>.
4. Ганузин В.М. Буллинг, дактогенения и синдром педагогического насилия в отечественных и зарубежных исследованиях // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2020. — Т. 20. — № 4. — С. 106-114.
5. Есина О.Б. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей: психосоциальные факторы формирования, клинические характеристики и проблемы диагностики. — СПб, 2017.
6. Guay S., Marchand A. Les troubles liés aux événements traumatiques: dépistage, évaluation et traitements. — Montreal: Presses de l'Université de Montréal, 2006. — 387 p.
7. Tamir T.T., Tekeba B., Mekonen E.G., Gebrehana D.A., Zegeye A.F. Shadows of trauma: an umbrella review of the prevalence and risk factors of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2025;19(1):48. doi: 10.1186/s13034-025-00879-4. PMID: 40301950; PMCID: PMC12042603.

8. Hamblen J., Barnett EJM. PTSD: National center for PTSD. 2018:366-7.
9. Tang B., Deng Q., Glik D., Dong J., Zhang L.J.I. health p. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults and children after earthquakes. 2017;14(12):1537.
10. Tamir T.T., Yimer B., Gezahn S.A., Mekonnen F.A., Teshome D.F., Angaw DAJB. Prevalence and associated factors of post-traumatic stress disorder in pediatric populations in Africa: a systematic review and meta-analysis. 2024;24(1):643.
11. Di Mauro J., Carter S., Folk J.B., Kashdan, TBJJoad. A historical review of trauma-related diagnoses to reconsider the heterogeneity of PTSD. 2014;28(8):774–86.
12. Mc Laughlin KJUE. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. 2023.
13. Tortella-Feliu M., Fullana M.A., Pérez-Vigil A., Torres X., Chamorro J., Littarelli S.A., et al. Risk factors for posttraumatic stress disorder: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019;107:154–65.
14. Tian Y., Wong T.K., Li J., Jiang X. Posttraumatic stress disorder and its risk factors among adolescent survivors three years after an 8.0 magnitude earthquake in China. *BMC Public Health*. 2014;14:1–7.
15. Stupar D., Stevanovic D., Vostanis P., Atifola O., Moreira P., Dodig-Curkovic K., et al. Posttraumatic stress disorder symptoms among trauma-exposed adolescents from low- and middle-income countries. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health*. 2021;15(1):26.
16. Nilaweera D., Phyo AZZ, Teshale A.B., Htun H.L., Wrigglesworth J., Gurvich C., et al. Lifetime posttraumatic stress disorder as a predictor of mortality: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):229.
17. Pate K.M. Understanding Post-Traumatic stress disorder in children: A comprehensive review. *Inquiries J*. 2021;13(02).
18. Тарабрина Н.В. «Психология посттравматического стресса: интегративный подход»: М., «Когито-Центр», 2007.
19. Astitene K., Aguenau H., Lahlou L., Barkat A. Prevalence of post-traumatic stress disorder among school-age adolescent. *Int Neuropsychiatr Dis J*. 2020;14:40–9.
20. Ainamani H.E., Weierstall-Pust R., Bahati R., Otwine A., Tumwesigire S., Rukundo G.Z. Post-traumatic stress disorder, depression and the associated factors among children and adolescents with a history of maltreatment in Uganda. *Eur J Psychotraumatology*. 2022;13(1):2007730.
21. Boudabous J., Kerkeni A., Kraïem M., Ayadi H., Moalla Y. Post-traumatic stress disorder in adolescents during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional Tunisian study. *Middle East Curr Psychiatry*. 2023;30(1):101.
22. Trickey D., Siddaway A.P., Meiser-Stedman R., Serpell L., Field A.P. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2012;32(2):122–38.
23. Xiong T., Milios A., McGrath P.J., Kaltenebach EJEJP. The influence of social support on posttraumatic stress symptoms among children and adolescents: a scoping review and meta-analysis. 2022;13(1):2011601.
24. Stein M.B., Jang K.L., Taylor S., et al. Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a twin study. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159:1675-1681. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.10.1675>.
25. Sartor C.E., McCutcheon V.V., Pommer N.E., et al. Common genetic and environmental contributions to post-traumatic stress disorder and alcohol dependence in young women. *Psychological Medicine*. 2011; 41:1497-1505. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291710002072>
26. Seckl J.R. Glucocorticoids, developmental “programming” and the risk of affective dysfunction. *Progress in Brain Research*. 2008; 167:17-34. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(07\)67002-2](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(07)67002-2).
27. Checknita D., Ekström T.J., Comasco E., et al. Associations of monoamine oxidase A gene first exon methylation with sexual abuse and current depression in women. *Journal of Neural Transmission*. 2018; 125(7):1053-1064. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00702-018-1875-3>
28. Marzi S.J., Sugden K., Arseneault L., et al. Analysis of DNA methylation in young people: limited evidence for an association between victimization stress and epigenetic variation in blood. *American Journal of Psychiatry*. 2018;175(6):517- 529. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17060693>.
29. Josse E. Le traumatisme psychique: chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent. (2 ed.) — Bruxelles: Groupe de Boeck, 2019. — 240 p.
30. Xiang Y., Cipriani A., Teng T., Del Giovane C., Zhang Y., Weisz J.R., Li X., Cuijpers P., Liu X., Barth J., Jiang Y., Cohen D., Fan L., Gillies D., Du K., Ravindran A.V., Zhou X., Xie P. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *Evid Based Ment Health*. 2021; 24(4):153-160. doi: 10.1136/ebmental-2021-300346.
31. Gillies O., Taylor F., Gray C., O'Brien L., D'Abrew N. Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012. 12;12:CD006726. DOI: 10.1002/14651858.
32. Ганузин В.М. Влияние психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте на их жизненную парадигму (обзор) // Практическая медицина. 2021. Т. 19, № 6, С. 26-31. DOI: 10.32000/2072-1757-2021-6-26-31.

Исследование клинико-психологических аспектов расстройства аутистического спектра в отечественной и зарубежной литературе

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

К.Е. Бакшина¹, студентка 5 курса факультета клинической психологии и социальной работы;

И.С. Кудрина¹, студентка 5 курса факультета клинической психологии и социальной работы.

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

В статье представлен аналитический обзор расстройств аутистического спектра (РАС) как гетерогенной группы нарушений нейроразвития с мультифакторным генезом. Проведен анализ концепции РАС от первоначальных описаний до современных нозологических концепций в МКБ-10 и DSM-5. Детализированы клинико-психопатологические характеристики расстройства, включая триаду стержневых нарушений в коммуникативной, социальной и поведенческой сферах.

Ключевые слова: синдром Аспергера, синдром Ретта, аутизм.

Research of clinical and psychological aspects of autism spectrum disorder in russian and foreign literature

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

K.E. Bakshina¹, fifth-year student, Faculty of Clinical Psychology and Social Work;

I.S. Kudrina¹, fifth-year student, Faculty of Clinical Psychology and Social Work.

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

The article presents an analytical review of autism spectrum disorders as a heterogeneous group of neurodevelopmental disorders with multifactorial genesis. The analysis of the concept of ASD from the initial descriptions to modern nosological concepts in ICD-10 and DSM-5 is carried out. The clinical and psychopathological characteristics of the disorder are detailed, including the triad of core disorders in the communicative, social and behavioral spheres.

Keywords: Asperger's syndrome, Rett syndrome, autism.

Впервые упоминание о данном заболевании в контексте первичного и отдаленного описания было зафиксировано в трудах известного английского врача Дж. Хаслана в 1809 г., где им было дано описание клинического случая на примере шестилетнего мальчика с характеристиками, напоминающими высокофункциональный аутизм в поведении, а сам термин «аутизм» был упомянут в трудах отечественного ученого Г.Е. Сухоревой в 1925 г. и одного известного швейцарского психиатра Е. Блейлера в 1911 г., в контексте описания негативного синдрома при шизофрении [2]. Позже они объясняли это ничем иным, как уходом больного в мир фантазирования, и применяли данный термин при диагностировании у огромной и различной вариативности «психотиков» как эндогенного, так и органического характера [5].

Далее, следуя исторической хронологии развития и исследования данного термина, в контексте зарубежных исследований, Л. Каннер в 1943 г. впервые в своих трудах описал данное явление в контексте раннего детского аутизма уже как отдельно взятого заболевания с тенденцией к «аутистическому одиночеству и навязчивому стремлению к однообразности с рождения» [3]. Гораздо позже, в трудах М. Руттера в 1968 г. можно было отследить попытки разделения уже активно изучаемого детского аутизма от детской шизофрении, что безусловно наложило отпечаток при разработке Международной классификации болезней 9-го пересмотра (МКБ-9) [10]. Позже, немаловажными также стали и многочисленные написанные Л. Вингом труды, где впервые было упомянуто о понятии «аутистический спектр», где уже объеди-

няются группы заболеваний, сопровождающиеся характерной «триадой Винг»: глубокими нарушениями коммуникативных навыков, социальной изоляцией и невозможностью взаимодействия, а также, социального воображения и всеобщего понимания [4, 6]. Безусловно, труды Винг оставили свой след в разработке и усовершенствовании классификации болезней МКБ-10, где и была разработана позднее типология расстройств аутистического спектра, в которую и были внедрены неспецифические проявления общих нарушений психического развития, а далее и отражены в DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), где весь спектр аутистических расстройств стал объединен с другими клинически сходными состояниями, на чем мы остановимся и будем говорить далее уже более подробно [12].

Итак, теперь остановимся подробнее на том, что же в себя включает и подразумевает под собой термин расстройства аутистического спектра (РАС). На данный момент РАС принято считать за нейробиологическое заболевание, обусловленное мультифакторными причинами (биологическими, генетическими и психосоциальными, на которых мы остановимся подробнее в данной работе) и рассматривается, как целый спектр нарушения психического развития, а также, психических характеристик, включающих в себя дефицитность развития следующих сфер психики: коммуникативная составляющая (значительные нарушения в социальном взаимодействии с социумом; способах общения; невербальной и вербальной коммуникации; избегания общения и контактов; уходом в себя и т.д.), значительным сужением (ограничением набора) интересов и стереотипиями в поведенческой сфере, а также, разностью выраженности когнитивной составляющей (от незначительной дисфункции когнитивного функционирования, до тяжелых и стойких интеллектуальных нарушений) [7]. И как правило, развитие при данном заболевании будет считаться аномальным с самого раннего детства, хоть и за редким исключением случаев, проявления данных разнородных состояний могут приходиться на предел первых пяти лет жизни ребенка [9]. Для детей с РАС в данном случае будет характерно также отставание или задержка как в развитии ряда психических функций и социально-коммуникативных навыках, так и во всем психическом развитии в целом, что в дальнейшем будет сопровождаться отсутствием возможности ремиссии, а также, необратимости и сохранением аномалий как социального и когнитивного, так и поведенческого функционирования, на протяжении всей жизни [13]. Также, помимо данных диагностических черт, ребенку

с РАС может быть характерен ряд неспецифических по своей сущности проблем, таких как: фобии, различные расстройства сна, нарушения приема пищи, поведенческие всплески негативно окрашенных состояний — раздражения, ярости, агрессии и аутоагрессии и т.д [11].

Далее подробнее остановимся и рассмотрим существующую на данный момент классификацию РАС согласно МКБ-10: детский аутизм (синдром Каннера); атипичный аутизм; синдром Ретта; другие дезинтегративные расстройства детского возраста; гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями, синдром Аспергера [2]. Итак, теперь коротко охарактеризуем каждую из представленных форм РАС:

1) Классический детский аутизм, он же синдром Каннера — его принято считать за комплексное расстройство, включающее в себя ряд нарушений, представленных характерной «триадой симптомов: недостаток социального взаимодействия (сложно понять чувства и эмоции других людей, а также выразить свои собственные, что затрудняет адаптацию в обществе), недостаток взаимной коммуникации (вербальной и невербальной) и недоразвитие воображения, которое проявляется в ограниченном спектре поведения». Также при данной форме аутизма могут наблюдаться и ряд неспецифических симптомов, которые, тем не менее, не считаются основными для постановки диагноза, но имеют место быть: «гиперактивность; слуховая чувствительность; гиперчувствительность к прикосновениям; необычные привычки при приеме пищи, включая приемы непищевых продуктов; аутоагрессия; пониженная болевая чувствительность; агрессивные проявления и перемены настроения» [3].

2) Атипичный аутизм — отличается по своей сущности от классического в двух случаях: возрастом начала или отсутствием одного или нескольких из трех основных диагностических критериев при постановке диагноза. Чаще всего ставится детям с глубокой умственной отсталостью, низкий уровень функционирования которого «обеспечивает возникновение проявлений специфического отклоняющегося поведения, требуемого для диагноза аутизма», а также среди лиц, которые страдают тяжелыми и специфическими расстройствами развития речи рецептивного характера.

3) Синдром Ретта — одно из наиболее распространенных заболеваний в ряду наследственных форм умственной отсталости, встречающееся исключительно у девочек, сопровождающееся 4 стадиями течения: стагнация (наиболее ранние нарушения в виде замедления психомоторного развития, а также темпов роста головы; аномалии

дыхательной системы; судорожные припадки); регресс нервно-психического развития (приступы беспокойства, расстройства сна; утрата ранее приобретенных целенаправленных моторных и речевых навыков); стабилизация (происходит стабилизация нервно-психического компонента и на первый план выходит выраженная глубокая степень умственной отсталости) и прогрессирование (постепенное и необратимое увеличение двигательных и моторных нарушений) [8].

4) Синдром Аспергера — характеризуется относительной сохранностью триады аутизма, но при этом, дефицитностью социального взаимодействия, эмоциональной составляющей и поведенческой гибкости, туннельным мышлением, отставанием в когнитивном и речевом развитии [14].

И в заключение, дети, в диагностическом обследовании которых не было выявлено полного набора диагностических критериев аутизма, а также, присущих критериев синдрому Аспергера и других форм аутизма, и похожим на аутизм расстройств, ставится — аутичное состояние (в эту группу довольно часто попадают дети с различными расстройствами внимания и тяжелой моторной, а также двигательной неуклюжестью) [7].

Таким образом, обобщив вышесказанное нами, можно прийти к выводу о том, что проявление и формы РАС будут различаться в зависимости от их тяжести (затруднения в коммуникативных и социальных взаимодействиях, аномальное поведение, трудности в адаптации, дефицитность когнитивного уровня), уровня развития и возраста детей к периоду начала заболевания [15].

Среди отечественных исследователей и по сей день фигурируют имена таких известных ученых, как: О.С. Никольская, К.С. Лебединская, М.М. Либлинг, в своих трудах они активно исследовали сферу РАС, рассматривали и изучали целый спектр клинических характеристик, изучали этиологию и возможные способы лечения и коррекции, внося тем самым неоценимый вклад в дальнейшее развитие в сторону усовершенствования лечения и коррекционной работы с раннего детства, и психолого-педагогического сопровождения таких людей на протяжении всей их жизни [5].

Литература

1. Азова О. И. К вопросу об аутизме // Актуальные проблемы специальной психологии и коррекционной педагогики. — 2016. — С. 7–20.
2. Алехина С. В. Обучение детей с расстройствами аутистического спектра. Методические рекомендации для педагогов и специалистов сопровождения основной школы // Молодой ученый. — 2022. — С.89-100.
3. Гребенникова Е. В., Шелехов И. Л. Понимание расстройств аутистического спектра на основе междисциплинарного подхода // Научно-педагогическое обозрение. 2016. — № 3. — С.13-15.
4. Гурьянова Т. В. Коррекция нарушений поведения у детей с расстройствами аутистического спектра // Теория и практика образования в современном мире. 2015. — №2. — С.143-156.
5. Куташов В.О. А. Родительско-детские отношения в семьях с детьми с расстройствами аутистического спектра // Молодой ученый. 2022. — № 3 (107). — С.279-283.
6. Angley M., Young R. Children and autism. Recognition and pharmacological management // Reprinted from Australian Family Physician. 2023. — №36. — P.704-744.
7. Dove D., Warren Z. Medications for Adolescents and Young Adults With Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review // Pediatrics. — 2012. — № 130(4). — P.717-726.
8. Grandin T. The importance of critical life moments: An explorative study of successful women with autism spectrum disorder. // Autism: the international journal of research and practice. 2017. — № 21(6). — P.670-677.
9. Keller T., Ramisch J. Relationships of Children with Autism Spectrum Disorders and their Fathers // The Qualitative Report. 2019. — № 24(2). — P.342-427.
10. Klorer P., Chapman L. Cumulative trauma and art therapy: Neurodevelopmental advances in theory and practice. Presentation at the American Art Therapy Association // Annual Conference. 2024. — № 4(12). — P.341-347.
11. Kousha M., Attar A. Anxiety, depression, and quality of life in iranian mothers of children with autism spectrum disorder // Journal of Child Health Care. 2017. — № 20(3). — P.405-414.
12. Lounds J. When is a good outcome actually good? // Autism. 2017. — № 21 (8). — P.918-919.
13. Lovell B., Wetherell M. The psychophysiological impact of childhood autism spectrum disorder on siblings. 2023. — № 11(2). — P.226-234.
14. Magiati I., Howlin P. Adult Life for People with Autism Spectrum Disorders. In book: Autism and Pervasive Developmental Disorders // Cambridge University Press. 2019. — №1. — P.220-248.
15. Steinmayr R., Crede J. Subjective Well-Being, Test Anxiety, Academic Achievement // Developmental Psychology. 2023. — № 4. — P.11-19.

Коморбидность расстройств аутистического спектра на клинических примерах

Е.Ю. Абриталин¹, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии с клиникой Института медицинского образования;

Д.Ю. Павлова¹, старший лаборант кафедры психиатрии и психотерапии с клиникой Института медицинского образования.

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (197341, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2).

Рассмотрены проблемы диагностики расстройств аутистического спектра (РАС) в рамках МКБ-10, МКБ-11 и DSM-5, отражающие переход от категориальной к спектральной модели. Показаны наиболее частые коморбидные состояния при РАС, включая интеллектуальную недостаточность и гиперкинетические расстройства. Проанализированы клинические случаи с различным уровнем функционирования и коморбидной психопатологией. Подчеркнута значимость дифференциальной диагностики и персонализированности в клинической диагностике.

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, умственная отсталость.

Comorbidity of autism spectrum disorders in clinical examples

E.Yu. Abritalin¹, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Psychotherapy with a Clinic of the Institute of Medical Education;

D.Yu. Pavlova¹, senior laboratory assistant of the Department of Psychiatry and Psychotherapy with a Clinic of the Institute of Medical Education.

¹ Federal State Budgetary Institution "V.A. Almazov National Medical Research Center" of the Ministry of Health of the Russian Federation (2, Akkuratova str., Saint Petersburg, 1973412).

The paper examines diagnostic approaches to autism spectrum disorders (ASD) within ICD-10, ICD-11, and DSM-5, emphasizing the shift from categorical to dimensional models. Common ASD comorbidities, such as intellectual disability and hyperkinetic disorders, are identified. Clinical cases with varying functional levels and comorbid psychopathology are analyzed. The importance of differential diagnosis and an individualized clinical approach is highlighted.

Keywords: autism spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder, intellectual disability.

Расстройство аутистического спектра (РАС) — группа расстройств нейроразвития, для которых характерен постоянный дефицит способностей инициировать и поддерживать социальное взаимодействие и коммуникацию, а также ряд ограниченных, повторяющихся и негибких моделей поведения и интересов.

Возникновение расстройства относится к периоду раннего развития, чаще всего от одного до трёх лет. Однако клинические проявления могут не быть очевидными до тех пор, пока требования социальной среды не начнут превышать адаптационные возможности индивида [1].

Согласно данным государственной статистики Российской Федерации в 2021 г. общее количество лиц с РАС, состоящих под диспансерным наблюдением, составило 41 307 человек (на 5 897 больше, чем в 2020 г.), при среднем показателе по России 28,3 на 100 000 населения, что на 17 % выше по сравнению с 2000 г. (24,2 на 100 000) [2].

Вместе с тем, данные международных популяционных исследований и метаанализов демонстрируют более высокие значения. Так, согласно результатам метаанализа Вахтер А.Д. с соавт. (2015), средняя глобальная распространённость РАС оценивается в 0,76 % — примерно один слу-

чай на 132 человека [3]. Таким образом, кратность расхождения между официальными показателями и данными зарубежных исследований может достигать 1 : 23.

По данным ВОЗ на 2023 г., распространённость РАС в мире составляет в среднем 1 : 100, однако варьируется в зависимости от страны и уровня развития системы здравоохранения. Например, в США распространённость достигает 1 : 36. Соотношение случаев у мальчиков и девочек колеблется от 2,6 : 1 до 4 : 1 [4].

Увеличение числа диагностированных случаев аутизма в последние годы во многом связано с пересмотром диагностических подходов и расширением критериев, а также с повышением осведомлённости врачей, родителей и общества [5]. Дополнительными причинами называют внедрение скрининговых программ, рост числа родителей старшего возраста, повышение выживаемости недоношенных детей, а также тенденцию к ассортативным бракам среди людей с РАС и социальные факторы, такие как возможность получения льгот, специализированной образовательной помощи или социальных гарантий [6].

Согласно Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) РАС включаются

в рубрику F84 «Общие расстройства психологического развития». В эту категорию входят детский аутизм (F84.0), атипичный аутизм (F84.1), синдром Ретта (F84.2), другое дезинтегративное расстройство детского возраста (F84.3), гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (F84.4), синдром Аспергера (F84.5), другие общие расстройства развития (F84.8) и неуточнённое общее расстройство развития (F84.9) [7].

В МКБ-11 произошли значимые изменения принципов диагностики РАС. Введён блок «Расстройства нейроразвития», где РАС представлены под единой рубрикой 6A02 «Расстройства аутистического спектра». Диагностические спецификаторы дифференцируются на основе наличия или отсутствия интеллектуальной недостаточности и функциональной речи. В частности, выделяются следующие формы: 6A02.0 — без интеллектуального дефицита и с минимальными нарушениями или без нарушений речевой функции (соответствует синдрому Аспергера), 6A02.1 — с интеллектуальным дефицитом и с минимальными нарушениями или без нарушений речевой функции, 6A02.2 — без интеллектуального дефицита, но с нарушенной речевой функцией, 6A02.3 — с нарушением как интеллекта, так и речи, 6A02.5 — при одновременном нарушении интеллекта и полного или почти полного отсутствия речи [8]. Такой подход отражает линейную модель РАС, от лёгких до тяжёлых форм, что обеспечивает большую гибкость при планировании лечения и маршрутизации, однако, по мнению некоторых авторов, стирает клинические и этиологические различия между ранее выделяемыми формами аутизма [9].

Диагноз устанавливается при наличии двух ключевых групп симптомов, каждая из которых должна быть представлена в клинической картине пациента с определённой степенью выраженности. Первая группа включает устойчивые нарушения в сфере социального взаимодействия и коммуникативных способностей. Вторая группа симптомов характеризуется ограниченным, повторяющимся и негибким репертуаром поведения, интересов и активности.

Однако, переход к спектральной модели впервые был осуществлён еще в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-5), а также была введена трёхуровневая шкала оценки тяжести состояния [10].

Согласно метаанализу популяционных исследований, проведённому Т. Mutluer с соавт. (2022), наиболее часто встречающимся коморбидным состоянием является синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) (26,2 %), за которым следует умственная отсталость (22,9 %) и расстройства сна (19,7 %). Кроме того, выявлены значимые показатели тревожных расстройств (11,1 %) и расстройств поведения (7 %). Менее распространёнными, но клинически значимыми, являются депрессия (2,7 %), биполярное аффективное

расстройство (2 %), обсессивно-компульсивное расстройство (1,8 %) и психозы (0,6 %). Коморбидность существенно влияет на клиническую картину, течение и прогноз. Данные метаанализа подчёркивают важность комплексной диагностики при РАС, поскольку от этого зависит тактика лечения и реабилитация [11].

Ниже представлены три клинических случая, иллюстрирующие разнообразие проявлений РАС в сочетании с другими психическими расстройствами, такими как умственная отсталость и СДВГ. Эти примеры демонстрируют вариативность когнитивного и речевого развития, а также общего функционирования у пациентов с РАС.

Клинический пример №1

Пациент А., 3,5 года. Наследственность психопатологически не отягощена. Родился третьим ребёнком, есть старшие братья 8 и 11 лет (здоровы). Беременность матери протекала на фоне вагинита в первом триместре, гестационного сахарного диабета, симфизита. Роды на 37/38 нед., экстренное кесарево сечение (чисто ягодичное предлежание, внутриутробная гипоксия плода). Масса при рождении 3140 г, длина 50 см, оценка по шкале Апгар 7/9 баллов.

Психомоторное развитие протекало без выраженных отклонений: голову удерживал с 1,5 месяцев, переворачивался в 3–4 месяца, самостоятельно сел около 6 месяцев, вставал у опоры с 9 месяцев, начал ходить с 12 месяцев. В раннем возрасте наблюдалось гуление, лепет появился в 1 год, с этого же времени появлялись отдельные вокализации.

В возрасте одного года семья переехала в Турцию, в 1,8 лет впервые обратились к неврологу с жалобами на задержку психоречевого развития: не отзывался на имя, не выполнял просьбы, игнорировал обращенную речь, не поддерживал зрительный контакт, не было указательного жеста, постоянно тянул всё в рот, кружился и размахивал руками. Был установлен диагноз «Детский аутизм», рекомендована консультация психиатра, АВА-терапия (АВА — Applied Behavior Analysis; означает — прикладной анализ поведения). Консультирован сурдологом, патология слуха исключена.

Получал АВА-терапию в Турции на протяжении 1 месяца — без динамики. Посещал детские дошкольные учреждения в Турции, адаптировался плохо. Когда ребёнку была 3 года, семья переехала в Россию, со слов бабушки, на фоне переезда и смены обстановки психическое состояние ухудшилось: стал агрессивен, начал бить себя, когда что-то не нравится, капризничает в ответ на несоблюдение его просьб (падает на пол и кричит), совершает стереотипные действия (периодически стучит пальцем о палец и пальцем о стену, расставляет игрушки в ряд), категорически отвергает любую новую пищу.

С вышеперечисленными жалобами в сопровождении бабушки обратились к психиатру для консультации.

Психическое состояние. В ясном сознании. Ориентирован соответственно возрасту и интеллектуальному развитию. На доктора не обращает внимания. На имя откликается после нескольких повторений. Наблюдаются множественные стереотипные движения руками, подпрыгивает на месте. Зрительный контакт кратковременный, эмоциональный отклик на врача отсутствует. Игра ограничена манипуляциями с предметами, берет игрушки в рот. Туалетные функции не сформированы, когда есть позыв к дефекации, уходит в угол, чтобы никто не видел. Внимание отвлекаемое, истощаемое. Со слов бабушки, сон с пробуждениями, ест избирательно.

Был выполнен ночной видео-ЭЭГ мониторинг: без патологии, МРТ головного мозга — признаков очаговой патологии не выявлено.

Диагноз: детский аутизм (F84.0), расстройство экспрессивной и рецептивной речи (F80.1).

Согласно МКБ-11, можно было бы выставить диагноз: РАС без интеллектуального дефицита, но с нарушенной речевой функцией (6A02.2).

Клинический пример № 2

Пациент Б., 7 лет. Наследственность психопатологически неотягощена. Родился от третьей беременности, протекавшей на фоне поперечно суженного таза у матери. Роды физиологические срочные (наложение вакуум-экстракта), вес 3800 г, оценка по Апгар 7/8 баллов. Имелась родовая травма в виде кефалогематомы. На первом году жизни наблюдался неврологом в декретированные сроки, в 7 месяцев установлен диагноз: «Перинатальное поражение центральной нервной системы, синдром мышечной дистонии».

До 1,5 лет психомоторное развитие, в целом, соответствовало возрастной норме: отмечалось гуление (точный возраст мать не помнит), комплекс оживления. В возрасте 9–12 месяцев вставал с опорой, делал попытки ходить при поддержке, был эмоционально активен, реагировал на интонацию речи взрослого, указательный жест отсутствовал. В 12 месяцев начал самостоятельно ходить, выполнял простые действия по подражанию.

В 1,5 года, после введения адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакцины, родители заметили откат в развитии: снижение интереса к окружающему, отсутствие инициативного взаимодействия; указательный жест так и не сформировался, отсутствовал прогресс в речевом развитии — лепет появился только к 3 годам, фразовая речь до настоящего времени не сформирована. Также родители заметили нарушения в поведении: бегал по кругу, не любил открытые дверцы, выстраивал в ряд игрушки. Появилось агрессивное и аутоагрессивное поведение: царапал маму, бился головой об стену. В 2,5 года неврологом был выставлен диагноз: «Энцефалопатия неуточненная», получал лечение ноотропными средствами — без динамики, было выполнено ЭЭГ: «эпиактивно-

сти, иктальных паттернов эпилептических приступов за время обследования не зарегистрировано, признаки ирритации корковых структур теменно-затылочных, задневисочных областей». Далее занимался с логопедом-дефектологом — с положительной динамикой. В детский сад общеразвивающего вида пошел в 4 года, ходил на полдня, с другими детьми не взаимодействовал, играл один.

В возрасте 6 лет мать обратилась к психиатру по месту жительства с жалобами на отсутствие у сына речи, непонимание обращенной речи к нему, избегание контактов со сверстниками, выраженную капризность и агрессивные реакции при фрустрации (бьет себя по голове, кусает близких), наличие стереотипных форм поведения (раскачивание, закрывание открытых дверей, стук игрушками о зубы, прикладывание предметов к зубам), а также выраженную избирательность в еде. Был установлен диагноз F84.0 «Детский аутизм», оформлена инвалидность.

В возрасте 7 лет в связи с отсутствием положительной динамики мать вновь обратилась к психиатру для получения второго мнения, была предложена госпитализация в стационар для уточнения диагноза и подбора терапии.

На момент осмотра клиническая картина определялась снижением интеллектуальных способностей, языка и моторики; качественным нарушением социального взаимодействия; стереотипиями; нарушением поведения в виде аутоагрессии, гиперактивности, выраженных протестных реакций. Было выдано направление на госпитализацию для уточнения диагноза, подбора терапии и определения дальнейшей маршрутизации.

Психическое состояние. В ясном сознании, ориентирован соответственно возрасту и интеллектуальному развитию. Зрительный контакт непродолжительный, указательный жест отсутствует, на просьбы не реагирует, поведение полевое, считает по просьбе мамы до 10, говорит «пока», «уходи». Со слов матери, сам ходит в туалет с 3 лет, знает цвета и формы, но на осмотре цвета не называет, доску Сегена не собирает, пирамидку собирает без учета величины колец.

Было выполнено ночное видео-ЭЭГ мониторирование и МРТ головного мозга — без патологии, тест Векслера и Равена провести не удалось ввиду отсутствия речи и непродуктивного контакта.

Диагноз: умственная отсталость легкой степени (F70.1), детский аутизм (F84.0), расстройство экспрессивной речи (F80.1).

Согласно МКБ-11, можно было бы выставить диагноз: РАС с нарушением интеллектуального развития и с отсутствием речевой функции (6A02.30).

Клинический пример № 3

Пациент В., 8 лет. Наследственность психопатологически неотягощена. Воспитывается в полной семье, младший из двоих детей. Беременность матери протекала с вирусной инфекцией в первом триместре, на 7 месяце — угроза прерывания.

Роды вторые, плановое кесарево сечение. Вес при рождении 3750 г, рост 54 см, по шкале Апгар 8/9 баллов. В период новорожденности без особенностей.

Раннее психомоторное развитие с задержкой речевого развития: фразовая речь появилась лишь к 4,5 годам. Поведенческие нарушения родители заметили с 3-х лет. С 3 до 6 лет занимались с логопедом, в то же время отмечали нарушения коммуникации — задирали детей, был упрям в общении, с ровесниками контакт находил плохо. С 6 лет стал мастурбировать в общественных местах и при старшей сестре, с этого же времени стал засовывать палец в анус и в последующем нюхать его, не реагируя на замечания. Также родители заметили, что в общении часто не понимал социальные ситуации, мог подойти и задавать неуместные вопросы.

С 5 лет регулярно получал неврологическую и психиатрическую помощь: принимал препараты ноотропного ряда (без эффекта), атомоксетин (отменён из-за выраженного снижения аппетита), рисперидон (отменён из-за седативного эффекта). Часто отмечалась гиперактивность с отсутствием реакции на обращенную речь, в другие периоды мог подолгу «витать в облаках». С этого же возраста родители начали отмечать выраженную узконаправленность интересов: сначала это были динозавры, в последние два года — морские животные, особенно киты, дельфины, акулы (может назвать подвиды, описать их среду обитания, размеры, отличия между ними). Все книги, игрушки, рисунки и рассказы связаны исключительно с этой темой. Дома выстраивает фигурки морских животных в определённой последовательности, если кто-либо нарушает порядок или прикасается к ним, реагирует крайне остро — вплоть до истерики, плача, агрессии. При попытке переключить внимание на другие темы — протестует, отказывается. Знания в других областях, характерные для данного возраста (общее развитие, школьные понятия, социальные нормы), усвоены слабо, что вызывает трудности в обучении и социальной адаптации в школьной среде.

Последний осмотр психиатра в возрасте 6 лет, диагноз: «Расстройство эмоций и поведения по типу синдрома Аспергера с выраженным гиперкинетическим синдромом».

В возрасте 7 лет психическое состояние ухудшилось на фоне похода в 1 класс, в школе снижена продуктивность на уроках, не следовал инструкциям, указаниям учительницы, стал более гиперактивным, дрался с одноклассниками, в связи с чем был переведен на домашнее обучение; при домашнем обучении — также непродуктивен, впадает в ступор, не занимается уроками, протестен. В связи с данными жалобами вновь обратились к психиатру, предложена госпитализация в стационар.

В отделении было выполнено МРТ головного мозга: признаков очаговых изменений в веществе мозга достоверно не выявлено, киста

шишковидной железы, ретроцеребеллярная ликворная киста.

Видео-ЭЭГ мониторинг: паттерн эпилептического приступа в ходе данного исследования не зарегистрирован.

Экспериментально-психологическое обследование: задержка речевого развития, общий уровень IQ = 78. Двигательная расторможенность с проявлением оппозиционного поведения. Тест ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule, методика диагностического обследования на наличие аутизма) — признаки РАС лёгкой степени. Нарушено считывание выражения лица, эмоций при тесте сюжетных картинок с социальной нагрузкой.

Консультация логопеда: синдром задержки лексико-грамматического развития, общее недоразвитие речи III уровня.

Диагноз: СДВГ (F90.0), синдром Аспергера (F84.5).

Согласно МКБ-11, можно было бы выставить диагноз: расстройство дефицита внимания с гиперактивностью, смешанный тип (6A05.2), РАС без расстройства интеллектуального развития и с легким нарушением или без нарушения функциональной речи (6A02.0).

ОБСУЖДЕНИЕ

Во всех трёх представленных клинических наблюдениях отмечаются различные клинические проявления, что подтверждает спектральный характер РАС.

СДВГ и РАС могут демонстрировать перекрывающуюся симптоматику, включая дефицит внимания, повышенную двигательную активность, импульсивность и трудности в сфере социального взаимодействия. У детей с РАС нарушения внимания проявляются в форме чрезмерной концентрации на узко ограниченных интересах, а поведенческие особенности, внешне схожие с гиперактивностью, нередко обусловлены недостаточной включённостью в социальное взаимодействие. У детей с СДВГ социальные трудности чаще связаны с импульсивностью и дефицитом самоконтроля, а не с нарушениями понимания социальных норм, как при РАС [12].

Дифференциальная диагностика РАС и умственной отсталости также затруднена, поскольку стереотипное поведение может наблюдаться при обеих патологиях. Отличительной чертой РАС считаются ранние нарушения невербальной коммуникации — зрительного контакта, мимики, жестов и совместного внимания. У детей с умственной отсталостью эти навыки обычно лучше развиты. Диагноз РАС у ребёнка с умственной отсталостью считается оправданным при выраженных нарушениях социального взаимодействия, несоответствия уровню других когнитивных функций [13].

В таблице представлены основные различия между РАС, СДВГ и умственной отсталостью.

Таблица

Дифференциальные различия между расстройством аутистического спектра (РАС), синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и умственной отсталостью
Differential differences between autism spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder and intellectual disability

Критерий различия	РАС	СДВГ	Умственная отсталость
Внимание	может быть рассеянным или чрезмерно сфокусированным	невнимательность, отвлекаемость	снижено в соответствии с общим развитием
Гиперактивность	обычно не наблюдается	двигательная расторможенность	может присутствовать, но не ведущий симптом
Импульсивность	не характерна	частая, выраженная	может быть за счет снижения самоконтроля
Социальное взаимодействие	устойчиво качественно нарушено наряду с проблемами в коммуникации	может быть нарушено из-за импульсивности или невнимательности	снижено пропорционально интеллекту
Нарушения речи	чаще присутствуют	могут присутствовать	могут присутствовать
Стереотипии и ритуалы	характерны и выражены	стимминг	стереотипии могут быть проявлением скуки и тревоги
Ограниченность интересов	характерна	не характерна	не характерна
Понимание социальных норм	снижено или отсутствует	присутствует, но при этом нарушено поведение	может соответствовать общему интеллектуальному уровню

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ трёх клинических случаев РАС с различиями в уровне интеллекта, речи, функционирования и сопутствующими психическими расстройствами продемонстрировал как широкий спектр проявлений данного состояния, так и необходимость его чёткой дифференциации от других расстройств нейроразвития.

Наиболее часто встречающимися коморбидными расстройствами при РАС являются умственная отсталость (F70–F79) и гиперкинетические расстройства (F90), что обуславливает полиморфизм клинической картины и может затруднять дифференциальную диагностику.

Литература

1. Клинические рекомендации. Расстройства аутистического спектра у детей. — М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2021.
2. Устинова Н.В. Распространённость расстройств аутистического спектра в Российской Федерации: ретроспективное наблюдение 2020–2021 гг. // Consortium Psychiatricum. — 2022. — № 211. — С. 1–12.
3. Baxter A.J., Brugha T.S., Erskine H.E., Scheurer R.W., Vos T., Scott J.G. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders // Psychological Medicine. — 2015. — Vol. 45, No 3. — P. 601–613. DOI: 10.1017/S003329171400172X.
4. World Health Organization. Autism spectrum disorders: key facts [Электронный ресурс]. — 2023. — Режим доступа: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
5. Hansen S.N., Schendel D.E., Parner E.T. Explaining the increase in the prevalence of autism spectrum disorders: the proportion at-

- tributable to changes in reporting practices // JAMA Pediatrics. — 2015. — Vol. 169, № 1. — P. 56–62.
6. Устинова Н. В., Намазова-Баранова Л. С., Басова А. Я., Солошенко М. А., Вишнева Е. А., Сулейманова З. Я., Лапшин М. С. Распространённость расстройств аутистического спектра в Российской Федерации: ретроспективное исследование // Consortium Psychiatricum. — 2022. — Т. 3, № 4. — С. 28–37. — DOI: 10.17816/CP211.
7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр (МКБ-10). Женева: ВОЗ, 1992. Доступ: <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
8. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) for Mortality and Morbidity Statistics. 2022. Доступ: <https://icd.who.int>
9. Горюнова А.В., Горюнов А.В. Классификационные метаморфозы аутизма в детской психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021. Т. 121, № 11, вып. 2. С. 5–11. DOI: 10.17116/jnevro20211211125.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. Доступ: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
11. Mutluer T., Nomer B., Yalcin O.A. Psychiatric comorbidity in children and adolescents with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis // Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. — 2022. — Vol. 16. — Article number: 26. — DOI: 10.1186/s13034-022-00455-2.
12. Martinez S., Stoyanov K., Carcache L. Unraveling the spectrum: overlap, distinctions, and nuances of ADHD and ASD in children // Frontiers in Psychiatry. — 2024. — Vol. 15. — Art. 1387179. — DOI: 10.3389/fpsy.2024.1387179.
13. Thurm A., Farmer C., Salzman E., Lord C., Bishop S. State of the Field: Differentiating Intellectual Disability From Autism Spectrum Disorder // Frontiers in Psychiatry. — 2019. — Vol. 10. — Article 526. — DOI: 10.3389/fpsy.2019.00526.

Психосоматические расстройства в практике терапевта

О.В. Котова^{1,2}, кандидат медицинских наук, врач-невролог, психиатр, доцент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии вице-президент Международного общества «Стресс под контролем» (ol_kotova@mail.ru), ORCID: 0000-0002-3908-0381;

Е.С. Акарачкова², доктор медицинских наук, врач-невролог, Президент Международного общества «Стресс под контролем»; заместитель главного врача реабилитационного центра Rehaline (г. Красногорск), ORCID: 0000-0002-7629-3773;

А.А. Беляева¹, студентка, ORCID: 0009-0002-1047-7788;

Д.И. Лебедева^{3,4}, доктор медицинских наук, врач-невролог, заслуженный врач РФ, главный врач, доцент кафедры медицинской профилактики и реабилитации.

¹ Факультет непрерывного медицинского образования Медицинского института РУДН имени Патриса Лумумбы (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 21, к. 3);

² Международное общество «Стресс под контролем» (115573, Москва, ул. Мусы Джалиля, д. 40);

³ Государственное автономное учреждение здравоохранения Тюменской области «Областной лечебно-реабилитационный центр» (625048, г. Тюмень, ул. Щорса, 11/2);

⁴ Кафедра медицинской профилактики и реабилитации Института общественного здоровья и цифровой медицины, ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России (625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д.54).

Многие пациенты поликлиники имеют жалобами симптомы, которые невозможно объяснить наличием и/или обострением какого-либо соматического заболевания. Например, широко распространена «кардиалгия несердечного происхождения». В зарубежной литературе такие состояния называют «симптомы, необъяснимые с медицинской точки зрения» (СНМ), в нашей стране принято другое определение — синдром вегетативной дистонии (СВД). Такие пациенты часто подвергаются дорогостоящим обследованиям, проходят консультации разных специалистов, получают неэффективное лечение, что, как правило, не приводит к положительному результату, вызывая неудовлетворённость как пациентов, так и врачей. Оптимальная стратегия лечения включает индивидуально подобранную психотерапию в сочетании с медикаментозными и нелекарственными методами лечения и профилактики. Терапия клинически выраженной тревоги врачом не психиатром возможна с применением психотропных препаратов.

В статье рассматриваются анксиолитики различного механизма действия, в том числе атипичный бензодиазепиновый транквилизатор тофизопам, имеющий ряд преимуществ по сравнению с другими транквилизаторами: отсутствие седации, миорелаксации и когнитивных нарушений, эффективность при соматовегетативных симптомах тревоги, безопасность для дневного применения, наличия легкого стимулирующего эффекта.

Ключевые слова: с медицинской точки зрения необъяснимые симптомы, синдром вегетативной дистонии, психосоматические расстройства, психологическая устойчивость, социальная поддержка, психофармакотерапия, транквилизаторы, тофизопам.

Psychosomatic disorders in the therapist's practice

O.V. Kotova^{1,2}, Candidate of Medical Sciences, neurologist, psychiatrist, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, Vice-President of the International Society “Stress under Control” (ol_kotova@mail.ru), ORCID: 0000-0002-3908-0381;

E.S. Akarachkova², Doctor of Medical Sciences, Neurologist, President of the International Society “Stress under Control”; Deputy Chief Physician of the Rehaline Rehabilitation Center (Krasnogorsk), ORCID: 0000-0002-7629-3773;

A.A. Belyaeva¹, student, ORCID: 0009-0002-1047-7788;

D.I. Lebedeva^{3,4}, Doctor of Medical Sciences, Neurologist, Honored Doctor of the Russian Federation, Chief Physician, Associate Professor of the Department of Medical Prevention and Rehabilitation.

¹ Faculty of Continuing Medical Education of the Patrice Lumumba RUDN University Medical Institute (21, building 3 Miklukho-Maklaya str., Moscow, 117198);

² International Society “Stress under Control” (40 Musa Jalil str., Moscow, 115573);

³ State Autonomous Healthcare Institution of the Tyumen Region “Regional Treatment and Rehabilitation Center” (11/2 Shchorsa St., Tyumen, 625048);

⁴ Department of Medical Prevention and Rehabilitation of the Institute of Public Health and Digital Medicine, Tyumen State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (54 Odesskaya str., Tyumen, 625023).

Many patients at the polyclinic complain of symptoms that cannot be explained by the presence and/or exacerbation of any somatic disease. For example, “cardialgia of non-cardiac origin” is widespread. In foreign literature, such conditions are referred to as “symptoms that are medically unexplained”; in our country, another definition is adopted — vegetative dystonia syndrome. Such patients often undergo expensive examinations, undergo consultations with various specialists, and receive ineffective treatment, which, as a rule, does not lead to a positive result, causing dissatisfaction among both patients and doctors. The optimal treatment

strategy includes individually selected psychotherapy in combination with medicinal and non-medicinal methods of treatment and prevention. Therapy of clinically expressed anxiety by a non-psychiatrist is possible with the use of psychotropic drugs.

The article discusses anxiolytics of various mechanisms of action, including the atypical benzodiazepine tranquilizer tophizopam, which has a number of advantages over other tranquilizers: lack of sedation, muscle relaxation and cognitive impairment, effectiveness in somatovegetative symptoms of anxiety, safety for daily use, and the presence of a mild stimulating effect.

Keywords: medically unexplained symptoms, vegetative dystonia syndrome, psychosomatic disorders, psychological stability, social support, psychopharmacotherapy, tranquilizers, tophizopam.

Врачи-интернисты ежедневно осматривают пациентов, которые предъявляют жалобы на “боль в области сердца”, “перебои в работе сердца”, колебания артериального давления (АД), головокружение, нарушения в работе желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, усталость [1]. При этом у большей части пациентов поликлиники с соматическими жалобами симптомы невозможно объяснить наличием и/или обострением какого-либо органического заболевания.

Для примера можно взять “кардиалгию несердечного происхождения”. За рубежом каждый год более 7 млн посещений отделений неотложной помощи и 27 млн посещений врачей общей практики происходит по поводу жалоб пациентов на боль в грудной клетке, но входящий диагноз острого коронарного синдрома часто не подтверждается [2, 3].

Распространенность кардиалгии, не связанной с болезнями сердца, на протяжении всей жизни оценивается в 33 % [4]. Такие пациенты, не имеющие подтверждений органической природы симптомов, часто подвергаются дорогостоящим обследованиям, проходят консультации разных специалистов, получают неэффективное лечение, что, как правило, не приводит к положительному результату, вызывая неудовлетворённость как пациентов, так и врачей [5].

В зарубежной литературе такое болезненное состояние называют “симптомы, необъяснимые с медицинской точки зрения” (СНМ). Другие названия СНМ: неспецифические симптомы, функциональные соматические симптомы, и устаревшее — неврозы. В нашей стране принято другое определение — “синдром вегетативной дистонии” (СВД) [6]. Это состояние — одна из наиболее распространённых проблем, с которыми сталкиваются врачи [7, 8].

СНМ (СВД) — это соматические симптомы, которые невозможно обосновать патологическими структурными изменениями и патофизиологическими отклонениями с медицинской и биологической точки зрения [9].

Согласно результатам опроса, проведённого в развитых странах, примерно у трети амбулаторных пациентов общего профиля наблюдается соматизированное расстройство [10]. В четвёртом издании «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» (DSM-IV) и в 10-м издании Международной классификации болезней (МКБ-10) соматизирован-

ное расстройство классифицируется как «соматоформное расстройство», но это психиатрический диагноз, и российские врачи-интернисты не пользуются им, ввиду особенностей законодательства и нежелания пациента получать психиатрический диагноз и идти на прием к психиатру / психотерапевту [5]. В DSM-5 соматоформное расстройство заменено на «соматические симптомы и связанные с ними расстройства». В этой классификации больше не подчёркивается, что соматические симптомы не могут быть объяснены с медицинской точки зрения, а делается акцент на плохой адаптации пациента к соматическим симптомам [11]. В Международной классификации болезней 11-го пересмотра, соматоформное расстройство заменено на «Расстройства телесного дискомфорта или телесного восприятия» [12]. Таким образом, у амбулаторных пациентов общего профиля с соматическими симптомами, в отличие от прежнего подхода, основанного на дуализме, симптомы рассматриваются не как медицинская или психологическая проблема, а как психосоматические заболевания/расстройства, при которых взаимодействуют оба фактора [13].

Эпидемиологические данные о распространённости психосоматических заболеваний в Китае и во всем мире свидетельствуют, что уровень составляет примерно 22–35 % [15].

Для психосоматических заболеваний некоторые авторы выделяют три формы (стадии) развития [14]:

- психосоматические реакции,
- психосоматические расстройства (с функциональными нарушениями),
- психосоматические заболевания (с соматическими органическими нарушениями).

Раннее вмешательство при психосоматических заболеваниях очень важно, особенно на стадии психосоматической реакции и психосоматического расстройства, чтобы избежать дальнейшего усугубления состояния. У пациентов, у которых физическое обследование не может частично или полностью объяснить их симптомы, часто усугубляются депрессия, тревога и другие психические нарушения, что, с одной стороны, осложняет течение болезни, с другой — является неотъемлемой частью психосоматических расстройств: у 50 % пациентов с депрессией наблюдаются различные соматические симптомы, а у 35 % пациентов с соматическими симптомами наблюдается депрессия [16].

Одной из причин развития соматических симптомов у пациентов с психосоматическими расстройствами является психологический стресс. У людей со сниженной стрессоустойчивостью, даже незначительный стресс может привести к психосоматическим заболеваниям [17, 18]. Психологическая устойчивость и социальная поддержка обеспечивают своего рода защиту для пациентов с психосоматическими расстройствами.

Психологическая устойчивость — это «способность человека адаптироваться к невзгодам, травмам, трагедиям, угрозам и серьёзным испытаниям», другими словами — способность восстанавливаться после тяжёлых переживаний, изменяющаяся в зависимости от времени, возраста, пола, культуральных особенностей и условий жизни [19].

Социальная поддержка — это объект или ресурс, к которому человек может обратиться в трудной жизненной ситуации, включая помощь со стороны семьи, друзей и общества. По сравнению с объективной социальной поддержкой, субъективная социальная поддержка в большей степени связана с эмоциональной поддержкой и чувством внутренней удовлетворённости. Некоторые исследования показали, что воспринимаемая социальная поддержка важнее для пациентов, чем объективная социальная поддержка: чем больше человек ощущает, что его уважают, поддерживают и понимают, тем выше его внутренняя удовлетворённость и тем сильнее его способность противостоять давлению стресса и адаптироваться к изменяющимся условиям среды [20].

Большое исследование, проведенное Всемирной организацией здравоохранения, среди пациентов первичной медико-санитарной помощи в 14 странах, показало, что у людей в возрасте ≥ 45 лет риск соматизации выше, чем у пациентов в возрасте 31–44 лет [21]. При этом интенсивность и частота соматических симптомов более выражена среди женщин [22].

В перекрестном исследовании, в которое было включено 746 пациентов, впервые обратившихся за помощью с СНМ, исследовали взаимосвязь возраста и пола и риска развития соматизированного расстройства [15]. В данном исследовании выявили следующие закономерности:

- у большинства пациентов наблюдалась умеренная и тяжёлая форма СНМ, при этом у значительной части пациентов наблюдалась тяжёлая форма СНМ;

- у пациентов среднего возраста СНМ был выше, чем у пациентов молодого возраста;

- у пациентов младше 60 лет представленность СНМ, то есть была полисистемность поражения, увеличивалась с возрастом;

- среди пациентов молодого и среднего возраста было больше мужчин, чем женщин, в то вре-

мя как среди пациентов старшего возраста было больше женщин;

- у женщин СНМ был более выраженным, чем у мужчин;

- психологическая устойчивость, воспринимаемая социальная поддержка и депрессия оказывали значительное опосредованное влияние на воздействие психологического стресса при СНМ.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что врачам следует проводить комплексную и более детальную оценку состояния больного и своевременно назначать лечение пациентам, особенно среднего возраста и женщинам. Повышение психологической устойчивости и социальной поддержки может снизить влияние психологического стресса на СНМ, поэтому комплексное междисциплинарное лечение и психотерапия очень важны для лучшего прогноза.

Таким образом, пациентов с соматизированным расстройством необходимо обследовать как можно быстрее и более полно, для исключения сугубо соматической патологии, чтобы определиться с тактикой его ведения и обеспечить своевременное вмешательство, особенно на стадиях психосоматических реакции и расстройства, чтобы избежать дальнейшего усугубления симптоматики и доведения патологического процесса до психосоматического заболевания.

Терапия должна быть комплексной и охватывать как лечение психических расстройств (тревога, депрессия, стресс-связанные расстройства и т.д.), так и коррекцию соматических проявлений (например, сердечно-сосудистых или гастроинтестинальных нарушений).

Оптимальная стратегия включает индивидуально подобранную психотерапию в сочетании с медикаментозными и нелекарственными методами лечения и профилактики.

Из методов психотерапии предпочтительным является метод когнитивно-поведенческой психотерапии. Из нелекарственных методов лечения пациенту можно предложить аппаратные физиотерапевтические методы, ЛФК, гидро-бальнеотерапию, **аэроионотерапию**.

Своевременная медикаментозная терапия снижает заболеваемость психосоматическими заболеваниями, будь то субпороговые расстройства или развернутая психическая патология.

При эмоциональной лабильности или «субпороговой» тревоге / депрессии пациенту можно рекомендовать безрецептурные препараты (растительные, гомеопатические, витаминно-минеральные комплексы, а также вегетокорректоры, нейрометаболики и др.) в сочетании с конструктивными способами снять стресс [23].

Терапия клинически выраженной тревоги или депрессии врачом не психиатром возможна с применением психотропной терапии [24].

Основные классы психотропной терапии
The main classes of psychotropic therapy

Основные классы препаратов	Целевые симптомы
Антидепрессанты	Депрессия, генерализованная тревога
Анксиолитики	Острая и хроническая тревога, панические атаки
Атипичные нейролептики	Тревога или депрессия с инсомнией
Препараты ГАМК-ергического действия	Нейропатическая боль + тревога

Механизм действия психотропных средств — восстановление нейромедиаторного баланса (серотонин, норадреналин, дофамин, ГАМК) на уровне: лимбической системы, префронтальной коры, гипоталамо-гипофизарной оси.

Показания к терапии не психиатром и условием назначения психотропных препаратов являются:

— Легкие и умеренные расстройства (по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии» ≤ 12 баллов);

— Отсутствие психотической симптоматики (бред, галлюцинации) и суицидального риска.

Рассмотрим подробнее анксиолитики, которые должны применяться короткими курсами, с перерывами в приеме, либо по требованию (например, при панической атаке) [25, 26].

Механизм действия *бензодиазепинов* — неселективное связывание с бензодиазепиновыми рецепторами подтипов BZ1 ($\omega 1$) и BZ2 ($\omega 2$), что объясняет широкий спектр эффектов и побочных реакций. К терапевтическим эффектам этих препаратов относят быстрый анксиолитический эффект (в течение 15–30 минут), миорелаксацию, противосудорожное действие, седативно-гипнотическое влияние (сокращение времени засыпания и увеличение общей продолжительности сна).

К преимуществам *атипичных бензодиазепинов* (алпразолам, клоназепам) может быть отнесено более высокое (в 3 раза) сродство к рецепторам и, в связи с этим, усиленный противотревожный эффект. Но, препараты этой группы не являются препаратами первой линии из-за риска зависимости и привыкания.

К исключениям можно отнести *тофизопам*, который имеет ряд особенностей применения:

— отсутствие седации, миорелаксации и когнитивных нарушений;

— эффективен против соматовегетативных симптомов тревоги;

— безопасен для дневного применения;

— обладает легким стимулирующим эффектом.

Тофизопам — представитель бензодиазепиновых анксиолитиков с благоприятным профилем безопасности, который позволяет широко при-

менять его во всех областях медицины [27]. Показано, что тофизопам особенно эффективен в отношении соматоформных (вегетативных) расстройств, сопровождающих тревогу [28].

Тофизопам не ухудшает интеллектуальные способности, как другие бензодиазепины, напротив, препарат обладает стимулирующим действием на когнитивные функции [29]. В исследованиях на животных было обнаружено, что тофизопам оказывает антиамнестическое действие, одновременно улучшая синаптогенез, нейрогенез и глиальную пластичность в гиппокампе [30].

Кроме того, тофизопам обладает антидепрессивными свойствами, возможно, за счёт механизма, схожего с ингибиторами обратного захвата серотонина и норадреналина, посредством ингибирования фосфодиэстеразы [31]. Ингибирующее действие тофизопам на фосфодиэстеразу потенциально полезно для улучшения когнитивных функций, снижения тревожности и антиастенического эффекта без нарушения внимания [32].

Тофизопам хорошо работает у пациентов с СНМ, справляясь как с соматическими, так и с аффективными проявлениями. При этом начинает работать быстро, в отличие от антидепрессантов, которым необходимо время для проявления эффекта. Тофизопам может применяться в широком диапазоне доз от 50 мг до 300 мг в сутки, что помогает подобрать индивидуальные эффективные дозировки для каждого пациента.

Таким образом, пациенты с СНМ, или СВД, требуют тщательного подхода к обследованию, лечению и противорецидивной терапии. Пациент с СНМ должен получать комплексное лечение, лучше с участием нескольких специалистов: невролога, психотерапевта, физиотерапевта и врача-интерниста, к которому изначально обратился пациент.

Литература

1. Тревога у соматического пациента: миф или реальность? / Е. С. Акарачкова, Е. В. Довгань, Л. Р. Кадырова [и др.] // ПМЖ. — 2024. — № 5. — С. 2-6. — EDN GRFKGV.
2. Frese T., Mahlmeister J., Heitzer M., Sandholzer H. Chest pain in general practice: frequency, management, and re-

- sults of encounter // *J Family Med Prim Care*. 2016. Vol. 5. P. 61.
3. Применение Мебикса в психиатрии и общей медицине: актуальность, перспективы, клинические примеры / О. В. Котова, В. Э. Медведев, Е. С. Акарачкова, А. А. Беляев // *Клинический разбор в общей медицине*. — 2024. — Т. 5, № 8. — С. 56-61. — DOI 10.47407/kr2024.5.8.00460.
 4. Ebell M.H. Evaluation of chest pain in primary care patients // *Am Fam Physician*. 2011. Vol. 83. P. 603–605.
 5. Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry*. (2005) 162:847–55. 10.1176/appi.ajp.162.5.847.
 6. На приеме - тревожный пациент / Е. С. Акарачкова, Л. Р. Кадырова, Л. В. Климов [и др.] // *Consilium Medicum*. — 2024. — Т. 26, № 2. — С. 125-130. — DOI 10.26442/20751753.2024.2.202672.
 7. Slavney PR, Teitelbaum ML. Patients with medically unexplained symptoms: DSM- III diagnoses and demographic characteristics. *Gen Hosp Psychiatry*. (1985)7:21–5. 10.1016/0163-8343(85)90006-4.
 8. Синдром вегетативной дисфункции: диагностика и лечение / О. В. Котова, А. А. Беляев, Е. С. Акарачкова [и др.] // *Терапия*. — 2023. — Т. 9, № 9(71). — С. 168-175. — DOI 10.18565/therapy.2023.9.168-175. — EDN ZFGKYZ.
 9. The The Federation of Mental Health in General Hospital Chinese Psychiatrist Association The The Chinese Expert Consensus on Clinical Practice of “Medically Unexplained Symptoms” Group. The Chinese expert consensus on clinical practice of “medically unexplained symptoms”. *Chin J Intern Med*. (2017) 56:150–6. 10.3760/cma.j.isn.0578-1426.2017.02.017.
 10. Roenneberg C, Sattel H, Schaefert R, Henningsen P, Hausleiter-Wiehle C. Functional somatic symptoms. *Dtsch Arztebl Int*. (2019) 116:553–60. 10.3238/arztebl.2019.0553.
 11. Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, Sharpe M, Wulsin L, Barsky A, et al. Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *J Psychosom Res*. (2013) 75:223–8
 12. WHO's new International Classification of Diseases (ICD-11) Comes Into Effect . World Health Organization. (2022). Available online at: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (accessed June 15, 2022).
 13. Sharpe M, Mayou R, Walker J. Bodily symptoms: new approaches to classification. *J Psychosom Res*. (2006) 60:353–6. 10.1016/j.jpsychores.2006.01.020.
 14. ShuQiao Y, YanJie Y. *Medical Psychology*. Beijing, China: People's Medical Publishing House in Chinese. (2018). p. 118.
 15. Zhang J, Pan Y, Hong J, Guo H, Wang M, Liu X, Dong Y, Wang D, Liu L, Tan S, Jiang R. Differences of medically unexplained symptoms among patients of different ages and sexes in the psychological clinic of a general hospital and the influencing factors of MUS: A cross-sectional study. *Front Psychiatry*. 2022 Aug 4;13:930212. doi: 10.3389/fpsyt.2022.930212.
 16. Allen LA, Gara MA, Escobar JI, Waitzkin H, Silver RC. Somatization: a debilitating syndrome in primary care. *Psychosomatics*. (2001) 42:63–7. 10.1176/appi.psy.42.1.63.
 17. Murakami M, Nakai Y. Current state and future prospects for psychosomatic medicine in Japan. *Biopsychosoc Med*. (2017) 11:1. 10.1186/s13030-017-0088-6.
 18. Стресс и расстройства, связанные с ним / О. В. Котова, В. В. Захаров, Е. С. Акарачкова [и др.] // *Поведенческая неврология*. — 2024. — № 1. — С. 30-36. — DOI 10.46393/27129675_2024_1_30.
 19. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. *Am Psychol*. (2000)55:5–14. 10.1037/0003-066X.55.1.5.
 20. Nazari S, Afshar PF, Sadeghmoghadam L, Shabestari AN, Farhadi A. Developing the perceived social support scale for older adults: a mixed-method study. *AIMS Public Health*. (2020) 7:66–80. 10.3934/publichealth.2020007.
 21. Gureje O, Simon GE, Ustun TB, Goldberg DP. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry*. (1997) 154:989–95. 10.1176/ajp.154.7.989.
 22. Ballering AV, Bonvanie IJ, Olde Hartman TC, Monden R, Rosmalen J. Gender and sex independently associate with common somatic symptoms and lifetime prevalence of chronic disease. *Soc Sci Med*. (2020) 253:112968. 10.1016/j.socscimed.2020.112968.
 23. Стресс: причины и последствия, лечение и профилактика. Клинические рекомендации / Акарачкова Е.С., Байдаулетова А.И., Беляев А.А., Блинов Д.В., Громова О.А., Дулаева М.С., Замерград М.В., Исайкин А.И., Кадырова Л.Р., Клименко А.А., Кондрашов А.А., Косивцова О.В., Котова О.В., Лебедева Д.И., Медведев В.Э., Орлова А.С., Травникова Е.В., Яковлев О.Н. — СПб.: Скифия-принт; М.: Профмедпресс, 2020. — 138 с. ISBN 978-5-98620-480-2.
 24. Акарачкова Е.С., Климов Л.В., Котова О.В. 21 век: от пандемии COVID-19 к новым психосоциальным стрессам. Клиническое руководство. [Электронный ресурс]. — М.: Издательство «Перо», 2022. ISBN 978-5-00204-108-4
 25. Котова, О. В. Современные методы диагностики и лечения тревожных и депрессивных расстройств / О. В. Котова, А. А. Беляев, Е. С. Акарачкова // *PMЖ. Медицинское обозрение*. — 2021. — Т. 5, № 10. — С. 648-653. — DOI 10.32364/2587-6821-2021-5-10-648-653. — EDN CQIXKM.
 26. Котова, О. В. Сочетание сердечно-сосудистых заболеваний и тревоги/депрессии у пожилых пациентов: как повысить эффективность лечения и качество жизни / О. В. Котова, Е. С. Акарачкова // *PMЖ*. — 2018. — Т. 26, № 1-2. — С. 95-99. — EDN THQYDP.
 27. Артеменко А.Р., Окнин В.Ю. Грандаксин в лечении психовегетативных расстройств // *Лечение нервных болезней*. 2001. Т.2. №1. С.24–27 [Artemenko A.R., Oknin V.Yu. Grandaksin v lechenii psihovegetativnyh rasstrojstv // *Lechenie nervnyh boleznej*. 2001. Т.2. №1. С.24–27 (in Russian)].
 28. Вейн А.М., Дюкова Г.М. Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки (неврологические и психофизиологические аспекты). СПб., 1997. 304 с. [Vejn A.M., Dyukova G.M. Vorob'eva O.V., Danilov A.B. Panicheskie ataki (nevrologicheskie i psihofiziologicheskie aspekty). SPb., 1997. 304 s. (in Russian)].
 29. Mangot A and Murthy V. Psychiatric aspects of phosphodiesterases: an overview. *Indian J Pharmacol*, 2015; 47: 594
 30. Üçel UI, Can ÖD, Özkay ÜD, et al. Antiamnesic effects of tofisopam against scopolamine-induced cognitive impairments in rats. *Pharmacol Biochem Behav*, 2020; 190: 172858.
 31. Cashman JR, Voelker T, Zhang H-T, et al. Dual inhibitors of phosphodiesterase-4 and serotonin reuptake. *J Med Chem*, 2009; 52 1530–1539.
 32. Srivastava S, Bhatia MS, Gupta K, and Rajdev K. Current update on evidence-based literature of tofisopam. *Delhi Psychiatry J*, 2014; 17 154–159.

Феномен «смерти семьи» при посттравматическом стрессовом расстройстве (по материалам зарубежных публикаций 90-х годов)

Н.Д. Семенова^{1,2}, кандидат психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник Отдела дистанционной психиатрии и психотерапии; доцент Института клинической психологии и социальной работы (niyami2020@gmail.com).

¹ *Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (107076, г. Москва, ул. Потешная, д.3, к. 10);*

² *ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (117513, г. Москва, ул. Островитянова, дом 1, строение 6).*

Проблема посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и других, ассоциированных со стрессом, психических расстройств получила особую актуальность в последние годы в связи с большой частотой психотравмирующих ситуаций, связанных с неопределенностью, угрозой безопасности здоровья и жизни населения и отдельных его слоев. В статье представлен обзор и анализ научной литературы 90-х годов, опубликованной по данной теме, с выделением особого феномена — «смерть семьи» при ПТСР. Поиск осуществлялся в базах данных PubMed, eLibrary и Google Scholar. Подчеркивается важность обращения к данному материалу на фоне растущего количества разнородных публикаций, подчас «размывающих» предметное поле исследований, а также киническую картину расстройств.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, боевая травма, целостность семьи, виктимизация и фрагментация, помощь травмированным семьям.

The 'Death of Family' Phenomenon in Post-Traumatic Stress Disorder (Based on Foreign Publications of the 1990s)

N.D. Semenova^{1,2}, Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Leading Researcher at the Department of Remote Psychiatry and Psychotherapy; Associate Professor at the Institute of Clinical Psychology and Social Work (niyami2020@gmail.com).

¹ *Moscow Research Institute of Psychiatry is a branch of the V.P. Serbsky National Research Medical Center of the Ministry of Health of the Russian Federation (107076, Moscow, Poteshnaya str., 3, building 10);*

² *Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «N.I. Pirogov Russian National Research Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation (117513, Moscow, Ostrovityanova str., 1, building 6).*

The high prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) and other stress-associated mental disorders (acute stress reaction, adjustment disorders), the lack of human and financial resources for complete diagnostics, prevention, and treatment of such disorders are obvious. Many publications in recent decades have been devoted to this very pressing problem. The relevance of diagnostics, treatment and prevention of reactions to severe stress and adjustment disorders is determined by many factors, including the high prevalence of such disorders among victims of disasters, emergencies and other life-threatening events (up to 1/3 of victims); the severity of disorders, up to a psychotic level; the prevalence of suicides in this type of disorders (more than 2 times higher than in the population); a high risk of chronicity — due to the stress disorder itself, as well as in connection with the development of depression, addictions, personality disorders. The high prevalence of PTSD and other stress-associated mental disorders (acute stress reaction, adjustment disorders), the lack of human and financial resources for complete diagnostics, prevention, and treatment of such disorders are obvious. Many publications in recent decades have been devoted to this very pressing problem. The relevance of diagnostics, treatment and prevention of reactions to severe stress and adjustment disorders is determined by many factors, including the high prevalence of such disorders among victims of disasters, emergencies and other life-threatening events (up to 1/3 of victims); the severity of disorders, up to a psychotic level; the prevalence of suicides in this type of disorders (more than 2 times higher than in the population); a high risk of chronicity — due to the stress disorder itself, as well as in connection with the development of depression, addictions, personality disorders.

Keywords: post-traumatic stress disorder, combat trauma, family integrity, victimization and fragmentation, helping traumatized families.

ВВЕДЕНИЕ

Высокая распространенность посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и других, ассоциированных со стрессом, психических расстройств (острая реакция на стресс, расстройства адаптации), недостаточность человеческих и финансовых ресурсов для полноценной диа-

гностики, профилактики и лечения такого рода расстройств — очевидны. Данной, весьма актуальной проблеме, посвящено множество публикаций последних десятилетий. Актуальность диагностики, лечения и профилактики реакций на тяжелый стресс и нарушений адаптации определяется множеством факторов, среди которых — высокая

распространенность подобных расстройств среди жертв катастроф, чрезвычайных и других угрожающих жизни событий (до 1/3 пострадавших); выраженность расстройств, вплоть до психотического уровня; распространенность суицидов при данного рода расстройствах (более чем в 2 раза выше, чем в популяции); высокий риск хронизации — за счет собственно стрессового расстройства, а также в связи с развитием депрессии, зависимостей, расстройств личности.

Особую **актуальность** проблема ПТСР получила в последние годы в связи с большой частотой психотравмирующих ситуаций, связанных с неопределенностью, угрозой безопасности здоровью и жизни населения и отдельных его слоев.

На фоне растущего количества разнородных публикаций, подчас «размывающих» предметное поле исследований, а также киническую картину расстройств, представляется важным обратиться к историческому наследию, а именно — к начальным этапам освещения темы. Интерес представляют зарубежные публикации 90-х годов — начала активного исследования проблемы ПТСР. Исследователи и клиницисты, осуществлявшие диагностику и лечение, задействованные в организации помощи лицам с ПТСР, опирались на DSM III, третье издание Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам тех лет [2].

Важность обращения к данному материалу состоит также в том, что исследования и практические подходы того времени еще представляли в максимально «чистом» виде, без привнесенных последующими 10-летиями «примесей» и без размывания концепции ПТСР. Отметим также, что работы тех лет были не столько констатирующими (указывающими на признаки ПТСР на основе диагностических критериев DSM III), сколько развивающими — предлагались пути лечения, психологического сопровождения, методы и формы медико-психологического просвещения населения, реализуемого на разных уровнях [4, 17]. Информация об особенностях ПТСР, об их негативных эффектах была необходима всем — как широкому кругу специалистов, работающих с пациентами (включая работу в условиях чрезвычайных ситуаций), так и населению в целом.

Цель статьи — обзор и анализ научной литературы 90-х годов, опубликованной по данной теме, с выделением особого феномена — «смерть семьи» при ПТСР. Поиск осуществлялся в базах данных PubMed, eLibrary и Google Scholar.

ЦЕПНАЯ РЕАКЦИЯ: ТРАВМАТИЧЕСКИЕ СОБЫТИЯ И СЕМЬЯ

Публикации 90-х годов можно рассматривать как первые работы, в которых поднимались вопросы, касающиеся семьи пострадавшего от ПТСР. Авторы справедливо указывали на то, что

с момента появления критериев DSM III для ПТСР, диагностические и лечебные вмешательства более сосредотачивались на собственно травмированных людях, и во многом упускалась из виду та «цепная реакция» травматических событий, что распространяется на микросоциальное окружение пострадавшего — семью в целом [6]. Между тем, пострадавшее от ПТСР лицо не живет в безвоздушном пространстве — травматические переживания воздействуют на «семью как систему», и собственно врачевание должно охватывать всю семью [9]. Вместе с тем, переживание травматического события может вытесняться и игнорироваться семьей, может остаться незамеченным окружающими и специалистами, и тогда последствия реакций на тяжелый стресс могут оказаться драматическими.

Феномен «смерти семьи» мы представим, начав с ярких примеров из работы Brende J.O. и Goldsmith R. (1991) [6]. Из четырех представленных авторами случаев (Самоубийство; Боевая травма и потеря; Боевая травма; Дети, ставшие свидетелями самоубийства родителей), мы особо выделим два, касающиеся так называемой «боевой травмы», и остановимся на них подробнее. Краткое описание остальных двух приведем ниже.

Самоубийство. *В этом случае самоубийство 22-летней девушки оставалось постыдной драматической тайной семьи, и отгороженность семьи от окружающего мира в конечном итоге привела к еще одному самоубийству и убийству троих оставшихся членов семьи, десять лет спустя.*

Дети, ставшие свидетелями самоубийства родителей. *В этом случае первоначальной травмой было самоубийство отца, свидетелем которого оказался его двухлетний сын. Это «позорное» событие держалось в тайне в течение долгих девяти лет, а затем у сына развилось посттравматическое «расщепление», сопровождавшееся приступами насилия. Появлению симптомов расстройства предшествовал латентный период, длившийся годы. Эти симптомы, как указывает автор, «разъединили» сына, и на момент исследования имелась существенная угроза «разъединения (расщепления)» всей семьи.*

Два оставшихся случая связаны с травматическим военным опытом ветеранов Вьетнамской войны, молодых мужчин, служивших в вооруженных силах США во время войны во Вьетнаме, непосредственно в зоне боевых действий. Высокий риск стрессовых расстройств у мобилизованных для военных действий и демобилизованных — известен. Эти два случая мы приведем полностью.

Боевая травма и потеря. *Дэнни — 42-летний ветеран Вьетнамской войны, муж и отец двоих детей. Он попал во Вьетнам в возрасте 19 лет, и так и не оправился от острой травмы — гибели восьми солдат своего отряда, с которыми был близок и считал их своими братьями.*

Из-за чувства стыда и вины он никогда и никому не рассказывал об этом, не делился воспоминаниями о Вьетнаме. Более того, он так и не смог освободиться от образа «воина», сражающегося во Вьетнаме. Его дом был полон артефактов и символов Вьетнама, выставленных напоказ. Типичные посттравматические симптомы изначально маскировались частым употреблением алкоголя. Позже он начал злоупотреблять психоактивными веществами, и симптоматика ухудшилась: появились навязчивые травматические воспоминания и ночные кошмары. Со временем поведение ветерана стало проблемным, а его настроение — непредсказуемым. Появились выраженные суицидальные и неконтролируемые агрессивные побуждения, он избивал жену, не мог удержаться на работе, замкнулся в себе, будучи не в силах разорвать неуклонно растущую цепь виктимизации. Участвовавшие вспышки насилия, склонность к риску и весьма проблемное поведение вызвали у жены опасения за благополучие детей, — все это угрожало целостности семьи. Однажды ночью, когда жена и дети спали, находившийся в подавленном состоянии ветеран, муж и отец, попытался покончить с собой (выстрелил из ружья и серьёзно ранил себя), а затем поджег дом. Всех спасли бдительные соседи и пожарные. Семейную тайну и травму уже невозможно было скрывать, и в конце концов семья обратилась за профессиональной помощью.

Боевая травма. Билл был уже женат и являлся отцом двухлетнего ребёнка (дочери), когда его призвали в армию и отправили во Вьетнам. Вернувшись окончательно к семье после двух «побывок» или командировок, он изменился: часто впадал в ярость, замкнулся в себе, начал много пить, страдал от провалов в памяти и эпизодов повторяющихся произвольных переживаний травмирующего события в ярких представлениях, отражающих пережитое (флешбэков). В такие моменты он, предположительно, издевался над дочерью, хотя и отрицал все это. Затем симптомы стабилизировались, он нашёл подходящую работу, никак не связанную с военной сферой деятельности. Его дочь окончила школу. Вскоре после этого она предприняла попытку самоубийства, предположительно, как отсроченный ответ на стрессовые события детства, и обратилась за помощью к психиатру. Врачу она рассказала, что отец систематически издевался над ней в детстве. Открывшаяся таким образом информация вызвала чувство стыда и отчуждения в семье. Брак её родителей на момент исследования находился под угрозой — мать впала в глубокую депрессию, а отец увеличил потребление алкоголя.

В этих случаях мы наблюдаем и реакцию на тяжёлый стресс, и нарушения адаптации (F43 по МКБ-10) — психические расстройства, при которых патологический стрессор (острая или длительная психическая травма) является этиологиче-

ским и патогенетическим фактором. Психическая травма ветерана боевых действий как стрессовое событие чрезвычайной силы вызвало патологическое стрессовое состояние — расстройство адаптации — состояние субъективного дистресса с серьёзными нарушениями в эмоциональной сфере, трудностями в повседневной жизнедеятельности, наконец — к нарушению целостности социальных связей, и прежде всего, семейных. При видимом отсутствии необходимой социальной поддержки состояние обоих ветеранов приняло хроническое течение на многие годы, и далее перешло в устойчивое изменение личности. Проявления ПТСР здесь очевидны: подавленное настроение, тревога и раздражительность, нарушения сна, неспособность справиться с задачами повседневной жизни и т.д. Очевидны расстройства поведения, а также сопутствующие расстройства — хронический алкоголизм и другие формы зависимостей, что часто встречается при ПТСР. В приведенных случаях мы имеем дело с одной из наиболее частых причин суицидального поведения, когда расстройство адаптации сочетается с депрессивной симптоматикой.

В первом случае травма, связанная с военным опытом, неразрешённое чувство вины, горе, социальная изоляция, гнев и агрессия, отчаяние и безнадежность — все это годами накапливалось и влияло на семью ветерана, и, в конце концов, стало разрушительным — привело к «смерти семьи» (когда ветеран пожелал все это прекратить — покончить с собой и сжечь свой дом со всеми его домочадцами). Во втором случае аналогичная травма привела к тому, что ветеран начал злоупотреблять алкоголем и систематически издеваться над своим ребёнком. Эта постыдная тайна спустя годы грозила уже распадом всей семьи, приближая семью к «смерти».

То есть, ПТСР может поражать отдельных людей и приводить к раздроблению целых семей. Авторы 90-х годов подробно описывают проявления «смерти семьи», когда травматические события отдаляют и жертв, и семью от других, от мира. И жертва, и семья теряют способность доверять другим, строить отношения вне семьи и, таким образом, еще более отгораживаются от внешнего мира. Главной целью становится выживание, а не просто жизнь, планы на будущее, карьера, отдых и т.п. [17, 20].

Возможно ли предотвратить «смерть семьи»? Авторы указывают на такую возможность, и обращают внимание на необходимость пристального изучения цикла посттравматической виктимизации в семье. Этот цикл весьма устойчив, однако при надлежащих мерах — модифицируем [6]. В вышеприведенных случаях было проиллюстрировано, как формируется процесс посттравматической виктимизации, собственно цикл, приводящий к фрагментации семейной целостности и прочим катастрофическим последствиям.

Опишем подробнее фазы данного, приводящего к разрушительному исходу цикла, когда речь идет о ПТСР в контексте семьи.

ЦИКЛ СЕМЕЙНОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ВИКТИМИЗАЦИИ

В приведенных выше случаях обнаруживается нечто общее: все они содержат повторяющийся цикл посттравматической виктимизации, разрушающий целостность семьи. Авторы выделяют фазы этого цикла:

1. Первоначальное травматическое событие.
2. Отчуждение и изоляция.
3. Стыд.
4. Фрагментация.
5. Семейные тайны и секреты.
6. Повторение или реконструкция.
7. Разрушительная семейная травма (смерть члена семьи, «смерть семьи»).

1. Среди часто встречающихся видов травм, изначально опустошающих семью, — насильственная смерть одного из членов семьи в результате самоубийства, убийства или других эпизодов насилия. Это также может быть насилие, свидетелями которого стали члены семьи.

2. Травматический опыт возводит некую «стену» между членами семьи. Они не делятся своими чувствами друг с другом, преобладающей эмоцией становится гнев. Во многих случаях семья выбирает «козла отпущения», который оказывается в изоляции, наедине с чувством стыда и с убеждением, что его никто не понимает. Все это является отражением недоверия и изоляции всей семьи от мира.

3. Семейный стыд часто является результатом травмы, связанной с физическим и сексуальным насилием, и может «заражать» членов семьи, которые совершают насилие, подвергаются насилию или являются свидетелями насилия. Bradshaw J. [3] называет стыд основополагающей эмоцией, которая связывает родителей в деструктивных отношениях и порождает сокрытие и подавление эмоций. Было показано, что стыд является одним из основных факторов длительной изоляции и отчуждения, испытываемых ветеранами Вьетнамской войны [4].

4. Фрагментация семьи особенно вероятна в ситуации хронической психотравматизации, связанной с насилием и угрозой безопасности. Травма часто разделяет браки и семьи. Многие пары, столкнувшиеся с трагедией, распадаются. Все это, по мнению Henry S. [10], происходит по некоей неосознаваемой схеме, инвариантной при разных событиях — будь то землетрясение, неожиданное нападение на близкого человека или его смерть и т.п. Предпоследнее звено схемы — некий внутренний «толчок», за которым следует развод и разрыв отношений. Внезапная трагедия разрушительна, и лишь немногие пары способны её пережить.

5. Секреты взрослых и детей, получивших невысказанные или явные указания или угрозы молчать, могут сохраняться годами, лишь усугубляя симптомы. Стыдные травматические секреты — типичная причина длящихся посттравматических проявлений. Авторы указывают на многолетнее молчание и «секретность» после Холокоста, и на неспособность противостоять чудовищности совершённых злодеяний [7, 11].

6. Травматические стимулы, провоцирующие ПТСР-реакции, ярко описываются Rynoos R.S. и Nader K. [15], с привлечением широкого иллюстративного материала.

7. Завершающим катастрофическим травматическим событием может стать развод, убийство, насилие, сексуальное насилие, внутрисемейное, или насильственные действия, совершённые кем-либо извне в отношении уязвимой к последующей травматизации семьи. Авторы 90-х годов справедливо задаются вопросом: «Почему пары (и члены семьи) разлучаются именно тогда, когда надо сплотиться, поддержать и утешить друг друга? ... Личная катастрофа ... меняет человека, и нельзя, пережив страшную трагедию, продолжать жить так, будто ничего не произошло» [10, стр. 5].

ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ И СЕМЬЯМ

Авторы 90-х годов подчеркивали, что лечение травмированной семьи должно включать разнонаправленные вмешательства: психообразование, психодинамическую терапию, системные, поведенческие и духовные практики. То есть, говоря современным языком, указывалось на партнерскую модель взаимодействия специалистов при оказании помощи [18]. В настоящее время она включает помощь психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, неврологов, сексологов, суицидологов, наркологов, врачей других специальностей [19].

Говоря о помощи пациентам и семьям, современные исследователи и клиницисты в качестве основы лечения приводят психотерапевтические методики, направленные на повышение уровня адаптации — улучшение социальной поддержки и возможностей преодоления травмирующей ситуации. Применяются различные психотерапевтические тактики, направленные на совладание с психотравмирующей ситуацией, индивидуальное консультирование, групповая и семейная психотерапия. Релаксационные психотерапевтические методики, когнитивно-поведенческая терапия, концентрированная на психической травме, являются эффективным и приоритетным компонентами комплексной терапии в деле помощи пациентам и семьям. Далее, десенсибилизация и переработка движением глаз (EMDR) показала свою эффективность, и используется также для профилактики ПТСР. Психофармакотерапия здесь также показана.

В целом, современные авторы указывают на комплексный подход с использованием эффективных психотерапевтических, психофармакологических и немедикаментозных методов. На этом фоне весьма ценны рекомендации специалистов 90-х годов, фокусировавшиеся именно на семье, и направленные на предотвращение ее виктимизации и фрагментации. Не отвергая комплексного подхода, эти специалисты указывают на стратегическое использование различных методов вмешательства — в зависимости от степени виктимизации семьи. Именно поэтому в ходе терапии внимание уделялось проработке необходимого набора тем: «выявление внутрисемейного отчуждения», «определение врачующего сообщества / окружения», «преодоление стыда и сокрытия», «разрыв повторяющегося цикла». Раскроем подробнее содержание этих тем.

«Выявление внутрисемейного отчуждения». Началом терапии была работа по преодолению отчуждения между членами семьи. Здесь было важно выявить фрагментацию (в плане межличностных отношений), переживаемое одиночество и реакции гнева отдельных членов семьи. Для этого создавалась атмосфера, в которой члены семьи могли бы чувствовать себя понятыми, принятыми, и могли бы обрести надежду на избавление от страданий, обусловленных травмированной, охваченной стыдом фрагментированной семейной системой.

«Определение врачующего сообщества / окружения». В тех случаях, когда семьи были частью более крупной системы, расширенной семьи или поддерживающей религиозной общины, членов семьи побуждали к тому, чтобы искать поддержку именно в этих системах. Рекомендовалось посещение групп взаимопомощи, религиозных собраний, разного рода общественных образований — открытых «школ» и «университетов» для взрослых и школьных мероприятий для детей. Психотерапевт или иное врачующее лицо пытались прояснить, как именно и какие человек предпринимает попытки, чтобы вырваться из закрытой семейной системы. Члены семьи, чувствующие себя отвергнутыми, возможно, уже предпринимали подобные попытки, пытались получить заботу и принятие вне семейной системы. Преодолевая стыд и обращаясь за помощью вне семьи, могли совершать ошибки. В поисках принятия могли обращаться к людям, не способным дать то, что действительно необходимо — искреннюю любовь и понимание. В таких ситуациях часто оказывались подростки. Членам семьи сообщалось, что не следует критиковать эту «идентификацию с дурными сверстниками» как плохое поведение, а следует принять и понять причины такого поведения. Исцеляющие или врачующие сообщества — это, прежде всего, стабильные сообщества, с доверием и пониманием относящиеся к травмированным

людям и семьям. Авторы того времени с сожалением указывали на то, что американское общество в этом смысле несовершенно — оно не обеспечивает необходимой среды, заботливой, и в то же время стабильной. «Современная Америка стала географически мобильным обществом, и почти 50 % семей каждые пять лет переезжают в новый штат» [12, стр. 117]. Когда более широкое сообщество способно оказать поддержку, тогда возможно исцеление травмированной семьи.

«Преодоление стыда и сокрытия». Чтобы разорвать заговор молчания, необходимо построить доверие и добиться понимания со стороны психотерапевта. Семьям, попавшим в замкнутый круг виктимизации, необходимо понимание как внутри семьи, так и вне ее. На это может потребоваться время, месяцы и годы. Некоторые тайны не осознаются, пережившие насилие люди часто вытесняют воспоминания о травмирующих событиях. В ряде случаев людям необходимо снова вспомнить о них, тогда они смогут, с помощью психотерапевта, справиться с сопутствующим эмоциональным всплеском. Избавление от чувства стыда — нелегкий процесс. Многие семьи, упомянутые в этой работе, обратились за помощью к священнику (пастору), поскольку в их картине мира именно духовная составляющая играет ключевую роль в преодолении неблагополучия [5]. Авторы цитируемой здесь статьи [6], психиатр и пастор-консультант, активно сотрудничали, помогая семьям с тяжёлыми посттравматическими симптомами. Одни семьи изначально обращались именно за пасторской помощью, тогда как другие — за помощью психиатра (психотерапевта). Некоторым семьям помогло сочетание психотерапии (семейной, индивидуальной или групповой) и пасторского консультирования [6].

«Разрыв повторяющегося цикла». Если член семьи действительно совершает насилие над другим, необходимо серьезное вмешательство, особенно на начальном этапе лечения. Это может быть изоляция или госпитализация члена семьи, направление его на лечение в психиатрический стационар. После того, как опасность насилия минует, необходимо предотвратить рецидив. Для предотвращения возрождения (рецидива) прежних моделей виктимизации и отчуждения необходимо информировать членов семьи о подобном риске. Важно, чтобы члены семьи видели и понимали всю эту последовательность — встали, условно говоря, над этим: отчуждением, стыдом, фрагментацией, обвинениями и виктимизацией, над всем, пережитым ранее. Всякий раз, когда возникает опасность повторного запуска цикла, члены семьи смогут напомнить друг другу о происходившем и попытаться сознательно разорвать этот замкнутый круг. Любовь и понимание могут противостоять страху. Общение и должное внимание друг к другу помогут противостоять

разрушительным порывам гнева. Уважение и прощение смогут погасить обвинения и стыд. Семейная терапия должна продолжаться достаточно долго, до тех пор, пока не будут сформированы новые модели общения и пока не будут преодолены вина и стыд.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представлены публикации 90-х годов, в центре внимания которых семьи, пережившие ПТСР. Это случаи, когда травма оказывает разрушительное воздействие, угрожая целостности семьи, и имеет множество последствий. Травмированные члены семьи могут страдать от таких симптомов, как депрессия, злоупотребление психоактивными веществами, поведенческие проблемы, супружеские конфликты и внутрисемейное отчуждение. Представлена работа психотерапевта с семьей, которая выстраивается с целью сохранения семьи, преодоления виктимизации и фрагментации, могущих привести, условно говоря, к «смерти семьи». Предотвращение посттравматического распада семьи и виктимизации возможно, если вмешательство начато на ранней стадии и продолжается достаточно долго.

В развитие одного из вышеприведенных тезисов, а именно тезиса «Определение врачующего сообщества / окружения», укажем и на современный его разворот. Его наполнение, приведенное выше, безусловно остается, однако к этому добавляется важнейший фрагмент — создание защищенной среды для обучения [1, 8]. Речь идет о программах ВОЗ, ЮНЕСКО и ЮНИСЕФ [13, 16], о создании благоприятной для психического здоровья детей среды обучения, программах поддержки родителей и семьи, о сотрудничестве семьи, школы и сообщества. Иными словами, создается защищенная среда для обучения, включающая программы против буллинга (травли ребенка или подростка со стороны сверстников), группы поддержки сверстников, программы наставничества и т.п. [8]. Все это весьма актуально для детей и подростков из семей с травматическим опытом. Такая работа служит и профилактике суицидов среди подростков, и здесь также идет опора на группы поддержки для родителей, программы на базе школ и за рамками школ, в сообществе. Для тех подростков, домашняя обстановка которых из-за ПТСР неблагоприятна, именно школа может укрепить и сохранить психическое здоровье хотя бы одного члена семьи, может стать системой социальной защиты, обеспечивающей поддержку базовых социальных, эмоциональных и физических потребностей члена семьи — поддержать и сохранить функциональность и целостность семьи.

Литература

1. Alonge O, Chiumento A, Hamoda HM, Gaber E, Huma Z-e, Abbasinejad M, et al. Identifying pathways for large-scale

- implementation of a school-based mental health programme in the Eastern Mediterranean Region: a theory-driven approach. *Health policy Plan.* 2020;35(Suppl_2):ii112–23. doi:10.1093/heapol/czaa124.
2. American Psychiatric Association (1980, 1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third edition/Revised edition.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
 3. Bradshaw, J. (1988). *Healing the shame that binds you.* Deerfield Beach, Florida: Health Communications, Inc.
 4. Brende, J. O. (1990). *Trauma recovery for victims & survivors: A Twelve Step Recovery Program Workbook.* Columbus, Georgia: Trauma Recovery Publications.
 5. Brende, J. O. and McDonald, E. (Winter, 1989). *Spiritual Alienation and Recovery in Vietnam Combat Veterans.* *Spirituality Today*, 41.
 6. Brende J. O., Goldsmith R. Post-traumatic stress disorder in families // *Journal of Contemporary Psychotherapy.* — 1991. — Т. 21. — №. 2. — С. 115-124.
 7. Danielli, Y. (1988). *Confronting the unimaginable: Psychotherapists' reactions to victims of the Nazi Holocaust.* In J. P. Wilson, Z. Hard, and B. Kahana (eds.) *Human adaptation to extreme stress.* New York: Brunner/Mazel.
 8. Fazel M., Hoagwood K., Stephan S., Ford T. Mental health interventions in schools in high-income countries // *Lancet Psychiatry.* 2014. 1(5). P. 377–387. doi:10.1016/S2215-0366(14)70312-8.
 9. Figley, C. R. (1989). *Helping traumatized families.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
 10. Henry, S. (July 15, 1990) *Can a marriage survive tragedy?* *Parade Magazine.*
 11. Lifton, R. (1968). *Death in life: Survivors of Hiroshima.* New York: Random House.
 12. Masters, R. Friedman, L. N. Getzel, G. (1988). *Helping families of homicide victims: A multidimensional approach.* *Journal of Traumatic Stress* 1, 109-125.
 13. *Mental health of children and young people: service guidance.* Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 14. Pedersen GA, Smallegange E, Coetzee A, Hartog K, Turner J, Jordans MJ, et al. A systematic review of the evidence for family and parenting interventions in low-and middle-income countries: child and youth mental health outcomes. *J Child Fam Stud.* 2019;28:2036–55. doi:10.1007/s10826-019-01399-4.
 15. Pynoos, R. S. and Nader, K. (1988). *Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications.*
 16. Sanders MR, Divan G, Singhal M, Turner KMT, Velleman R, Michelson D, et al. Scaling up parenting interventions is critical for attaining the Sustainable Development Goals. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2022;53(5):941–52. doi:10.1007/s10578-021-01171-0.
 17. Titchener, J. (1986). *Post-traumatic decline: A consequence of unresolved destructive drives.* In C. R. Figley (ed.), *Trauma and its wake.* New York: Brunner/Mazel.
 18. Van der Kolk, B. and Greenberg, M. (1986). *The psychobiology of the trauma response: Hyperarousal, constriction, and addiction to traumatic exposure.* In B. A. Van der Kolk (Ed.), *Psychological trauma.* Washington, DC: Psychiatric Press.
 19. *World mental health report: transforming mental health for all.* Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 20. Young, M. and Erickson, C. (1988). *Cultural impediments to recovery: PTSD in Contemporary America.* *Journal of Traumatic Stress*, 1,421-433.

Психологические аспекты мотивации выживания участников боевых действий

Д.Н. Ефремова¹, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии, Институт психологии им. Л.С. Выготского.

¹ Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский государственный гуманитарный университет» (125047, г. Москва, ул. Чаянова, д. 15, корпус 7).

В статье представлены теоретические предпосылки подходов к изучению мотивации и результаты исследования мотивации выживания участников боевых действий (БД), определяющих специфику течения посттравматического расстройства, имеющие практическую значимость при разработке реабилитационных программ и стратегий индивидуального психологического консультирования пациентов и родственников участников БД.

Проблема исследования мотивации выживания участников БД и жизненных ориентаций, влияющих на формирование поведения в условиях БД, является актуальной, комплексной и недостаточно изученной. Анализ научной литературы показал, что в последние годы отсутствуют исследования, позволяющие оценить механизмы формирования мотивации выживания в условиях военных конфликтов, что и составило проблематику нашего исследования.

В работе рассмотрены связи уровня выраженности посттравматического расстройства и смысловых ориентаций. В настоящий период активно внедряются программы психологической помощи участникам БД, на первый план выходит значимость проблемы мотивации к выживанию, как в период участия в БД, так и после демобилизации, где мотивация выступает базовой составляющей профилактики суицидального риска.

Ключевые слова: мотивация, смысловые ориентации, суицидальный риск, уровень посттравматических реакций.

Psychological aspects of survival motivation of military participants

D.N. Efremova¹, Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor at the Department of Neuro- and Pathopsychology, L.S. Vygotsky Institute of Psychology.

¹ Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education Russian State University for the Humanities (125047, Moscow, Chayanova Street, 15, Building 7).

The article presents the theoretical background of approaches to the study of motivation and the results of a study of the motivation for survival of combatants, which determine the specific course of post-traumatic stress disorder and have practical significance in the development of rehabilitation programs and strategies for individual psychological counseling of patients and relatives of combatants.

The problem of studying the motivation for survival of combatants and the life orientations that influence the formation of behavior in combat situations is relevant, complex, and insufficiently studied. An analysis of scientific literature has shown that in recent years there have been no studies that allow us to assess the mechanisms of the formation of motivation for survival in military conflicts, which has become the focus of our research.

The work considers the relationship of the level of severity of post-traumatic disorder and meaning-life orientations. At the present time, the programs of psychological assistance to combatants are actively implemented, the importance of the problem of motivation for survival both during participation in combat operations and after demobilization comes to the fore, where motivation is a basic component of the prevention of suicide risk.

Keywords: motivation, life orientation, suicide risk, and level of post-traumatic reactions.

В современных военных конфликтах сохранение жизни воинов в условиях боевых действий (БД), является приоритетной задачей; для решения этой задачи важно понимать их внутренние установки и мотивацию.

Смысловые ориентации играют ключевую роль в формировании мотивации, решений и поведения воинов в период участия в БД. Исследование данной темы имеет значение для разработки эффективных программ поддержки и реабилитации, что делает её особенно актуальной в современных условиях.

По мнению Вербицкого, лишь 25 % солдат на поле боя адекватно оценивают происходящее и сознательно используют свое оружие, что значительно увеличивает их шансы на выживание.

Мотивация является одним из ключевых понятий в психологии, определяющим причины и механизмы человеческого поведения. Мотивация как процесс, инициирует, направляет и поддерживает активность индивида, способствуя достижению поставленных целей. Исследования подтверждают, что мотивация играет важную роль в обучении, выполнении задач и достижении успеха. В частности, данные Deci и Ryan (1985) показывают, что внутренняя мотивация способствует лучшему усвоению информации и повышенной продуктивности.

Концепция А. Маслоу, впервые опубликованная в 1943 г., остаётся актуальной для анализа мотивации, так как помогает структурировать иерархию потребностей, влияющих на поведение и выбор

деятельности человека. Алексей Николаевич Леонтьев, развивая идеи Л.С. Выготского, предложил детализированное понимание деятельности как систему процессов, направленных на удовлетворение потребностей человека через взаимодействие с внешним миром. Он выделил три основные составляющие: цель, средства и результат, которые находятся в постоянной взаимосвязи. Таким образом, деятельность предстает как динамическая и целенаправленная система, формирующаяся под влиянием внутренних потребностей и внешних условий. В этом контексте важно отметить, что «мотив рассматривается как системное психологическое образование, имеющее соответствующую структуру (морфологию)» (Капцов, 2002, с. 137). Это подчеркивает значимость мотивации как ключевого элемента, оказывающего влияние на всю структуру деятельности.

Исследования А.Н. Леонтьева показывают, что мотивация формируется через взаимодействие внутренних потребностей и внешних стимулов. Мотив, который в последние годы чаще называют «побуждением» или «мотивацией», является центральным элементом деятельности, направляющим её и определяющим динамику. Таким образом, теория деятельности объясняет, как внутренние стремления и внешние обстоятельства влияют на выбор и реализацию действий.

В условиях современных военных конфликтов, где военнослужащие сталкиваются с экстремальными ситуациями, мотивация выживания становится важным фактором, определяющим их поведение и эффективность выполнения задач. Понимание механизмов, влияющих на мотивацию, позволяет улучшить подготовку воинов и минимизировать негативные психологические последствия.

Меджидова отмечает, что «истинными потребностями являются влечение, стремления, мечты, идеалы. Они устремлены к предметам, помогающим снять эмоциональное напряжение» (2012, с. 4). Это подчеркивает, что чувство долга связано не только с выполнением служебных обязанностей, но и с глубокими внутренними стремлениями, которые мотивируют военнослужащих.

Ищенко и Черкалина отмечают, что «процесс сплочения малых групп происходит на всех стадиях ее развития. Первоначально участники группы могут воспринимать друг друга с помощью внешних характеристик» Смыслоразножизненные ориентации участников имеют решающее значение формирования сплоченности боевой группы. Высокий уровень коллективной сплоченности оказывает значительное влияние на мотивацию и устойчивость воинов. В группах со сходными смыслоразножизненными ориентациями, установками и мотивацией, военнослужащие ощущают большую ответственность перед товарищами и готовность к поддержке, что способствует снижению

уровню стресса и укреплению психологической устойчивости и, следовательно, выживанию группы. Эмилиан Радев, Визева Мая и Горанова Радка отмечают, что «увеличение социальной поддержки улучшает психическое здоровье и помогает адаптации человека к условиям, когда наблюдается психическое напряжение».

Психологические механизмы адаптации играют ключевую роль в выживании военнослужащих в условиях экстремального стресса и угрозы. Одним из наиболее значимых механизмов является когнитивная переоценка ситуации, которая позволяет находить позитивные аспекты даже в самых сложных обстоятельствах. Этот процесс способствует снижению уровня стресса и сохранению психического равновесия. Исследования показывают, что около 60 % военных применяют когнитивную переоценку как способ справиться с напряжением, что подтверждает её эффективность в боевых условиях. Способность адаптироваться через изменение восприятия ситуации становится важным инструментом для поддержания боеспособности и выживания.

Одним из ключевых факторов, способствующих выживанию и сохранению боевого духа у военнослужащих, является защита своих близких. В начале экстремальной ситуации возникает острый эмоциональный шок, характеризующийся общим психическим напряжением и преобладанием чувства отчаяния и страха. При этом наличие значимой цели, такой как обеспечение безопасности семьи, существенно повышает мотивацию к выживанию даже в самых сложных условиях. Виктор Франкл подчеркивал, что осознание ответственности перед близкими может стать мощным стимулом для преодоления трудностей и сохранения жизненной энергии. Мысль о семье, находящейся в безопасности благодаря их усилиям, становится для многих воинов источником силы и решимости.

Общественное мнение и поддержка играют значительную роль в формировании мотивации у военнослужащих. «Мотивация — это совокупность движущих сил, которые побуждают человека к деятельности, имеющей определенную целевую направленность» (Шутова, Смоловик). Положительное отношение общества к армии и признание её заслуг способствуют повышению морального духа солдат. Осознание того, что их труд ценится и поддерживается гражданами, позволяет военным ощущать свою значимость и необходимость. Это, в свою очередь, укрепляет их стремление выжить и успешно выполнять свои обязанности.

Абрамова отмечает, что «у мотивированных сотрудников ОВД со временем происходит адаптация к условиям службы в военное время, а весь переживаемый ими боевой стресс находит выход через развитие у них адаптивных стрессовых реакций». Таким образом, взаимодействие с поддерживаю-

щими группами не только повышает устойчивость военнослужащих, но и усиливает их способность адаптироваться к сложным условиям.

Психологическая подготовка становится «неотъемлемой частью успеха армии в современных боевых условиях» (Соколовский, Иволгина).

Программа физической подготовки армии США (ACFT) также показывает, что солдаты, успешно сдающие нормативы, имеют более высокие показатели выживаемости в сложных ситуациях. Это связано с тем, что физическая тренировка не только укрепляет тело, но и развивает уверенность в собственных силах, что особенно важно в стрессовых и непредсказуемых условиях БД. Вербицкий отмечает, что «выполнение боевого задания весьма часто является единственным способом выжить».

Исследование, проведенное в 2020 г. американским Институтом военных исследований, показало, что 85 % военнослужащих отметили положительное влияние такого лидерства на их моральный дух. Это подтверждает, что командиры, проявляющие заботу о своих подчиненных и уверенность в их возможностях, способствуют созданию атмосферы доверия и сплоченности в подразделении, что является важным фактором в условиях БД.

Мотивация играет ключевую роль в определении активности и выбора деятельности человека. Исследования Альберта Бандуры показали, что она тесно связана с самоэффективностью — верой человека в свои способности. Люди с высокой самоэффективностью склонны выбирать более сложные задачи, проявлять настойчивость и достигать высоких результатов. Исследование, проведенное в Университете Рочестера в 2011 г., выявило, что внутренняя мотивация, основанная на интересе и удовольствии, способствует большей вовлеченности и продуктивности в деятельности, чем внешняя мотивация, связанная с материальными стимулами. Эти данные подчеркивают, что мотивация не только определяет выбор деятельности, но и влияет на качество и интенсивность её выполнения.

Мотивация является основополагающим фактором, определяющим активность и выбор деятельности индивидов. Абрахам Маслоу отмечал, что «когнитивные и эмоциональные потребности иногда конфликтуют между собой, удовлетворение первых зачастую приводит к фрустрации вторых, но это вовсе не означает, что согласие между ними принципиально невозможно; скорее, мы имеем дело с проблемой интеграции двух классов потребностей, с проблемой координации и соразмерности».

Эффективная психологическая адаптация оказывает значительное влияние на мотивацию и устойчивость военнослужащих в боевых условиях. Снижение уровня стресса и повышение концен-

трации способствуют тому, что адаптированные солдаты демонстрируют более высокую способность к выполнению задач и сохранению боевого духа. В отчете НАТО за 2018 г. отмечается, что адаптированные военнослужащие обладают на 30 % большей устойчивостью в условиях конфликта, что подчеркивает важность психологической подготовки и адаптации как факторов, способствующих успешному выполнению боевых задач и повышению шансов на выживание. Кроме того, повышение мотивации и боевого духа сотрудников может снизить риск развития посттравматического стрессового расстройства у данного контингента (Абрамова).

Изучая факторы риска суицидального поведения у больных с посттравматическим стрессовым расстройством (участников современных локальных войн), И.В. Шадрин, К.Н. Дедова выявили, что 31 % участников исследования «отмечал у себя хотя бы однократно латентные антивитаальные переживания, актуализировавшиеся в период соматической болезни, семейного конфликта, трудовой неустойчивости. По длительности эти размышления варьировали от кратковременных до продолжительных (недели, месяцы)».

Robert H. Pietrzak, Barbara L. Pitts, Ian Harpaz-Rotem, Steven M. Southwick, Julia M. Wheali, анализируя суицидальные мысли в течение четырехлетнего периода наблюдения у ветеранов войн, отметили следующее: «повышенный риск эпизодов суицидальных мыслей был связан с одиночеством (то есть баллами по Short Loneliness Scale (короткой шкале одиночества); с неспособностью к полезной деятельности в повседневной жизни (то есть с подтверждением необходимости в помощи при такой деятельности, как работа по дому и надлежащий прием лекарств); с проблемами с соматическим здоровьем (по подшкале соматизации Brief Symptom Inventory-18), с проблемами употребления алкоголя (тест на определение связанных с потреблением алкоголя заболеваний [Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption]); с основанными на отрицании копинговыми стратегиями (то есть с одобрением использования отрицания, чтобы справиться с травмой по Brief COPE); и с более старшим возрастом».

Таким образом, изучение смысловых ориентаций, способности к когнитивной регуляции, стрессоустойчивости расширят теоретические представления о мотивации выживания участников БД.

В исследовании приняли участие 115 мужчин, участников БД, средний возраст 40 ± 8 лет, завершивших курс реабилитации (по МКБ 10 F 43.3).

Гипотеза исследования: смысловые ориентации связаны с мотивацией достижения успеха, способностью к когнитивной регуляции эмоций и уровнем стресса, что способствует повышению мотивации к выживанию.

Для исследования особенностей мотивации выживания участников БД, через связь когнитивного, смыслообразующего компонента и уровня стрессоустойчивости были выбраны следующие методики:

- опросник выраженности уровня травматического стресса (ОТС) авт. И.О. Котенева;
- тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева;
- методика мотивации к успеху (Т. Элмерс) для диагностики мотивационной направленности личности на достижение успеха, избегания неудач;
- опросник «Когнитивная регуляция эмоций (Н. Гарнефски и В. Крайг «Cognitive Emotion Regulation Questionnaire» CERQ), адapt. Е.И. Рассказовой»

Для обработки полученных результатов применен метод анализа интерпретации результатов. Математическая обработка данных проводилась в программе SPSS 23.0.

Исходя из анализа научной литературы выделим компоненты мотивации выживания участников БД (табл. 1).

ОПИСАТЕЛЬНЫЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Опираясь на данные проведенного статистического анализа, можно выделить связи между уровнем мотивации к успеху, категориями смысложизненных ориентаций, уровнем стрессоустойчивости и способностью к когнитивной регуляции эмоций.

Полученные значимые связи показателя выраженности мотивации к успеху и когнитивной регуляции эмоций (табл. 2) указывают, что способность к когнитивной регуляции эмоций является критерием, определяющим уровень мотивации к успеху и стрессоустойчивости.

Корреляционные связи показывают, что уровень мотивации к успеху, уровень стрессоустойчивости связаны с когнитивной регуляцией эмоцией, но не связаны между собой. Чем выше показатели стрессоустойчивости, тем выше способность к когнитивной регуляции эмоций, и чем выше способность к когнитивной регуляции, тем выше мотивация к успеху.

Холмсом и Раге доказано, что чем выше мотивация к успеху, тем ниже готовность к риску. Выявленные связи показывают, что даже при отсутствии прямой значимой связи между мотивацией к успеху и уровнем стрессоустойчивости именно способность к позитивной фокусировке, планированию, позитивной переоценке и снижению готовности обвинять других, оказывает существенное влияние как на мотивацию к успеху, так и уровень стрессоустойчивости.

Выявленные связи свидетельствуют о том, что именно когнитивная регуляция эмоций является значимым параметром, определяющим уровень стрессоустойчивости и мотивацию к выживанию участников БД.

Опираясь на теоретические разработки проблемы взаимодействия когнитивных и аффективных

Таблица 1

Компоненты мотивации выживания участников боевых действий, с разным уровнем стрессоустойчивости.
Components of motivation for the survival of combat participants, with different levels of stress tolerance.

Категория	М	Std. D	Min	Max
Мотивация к успеху	11		1	21
Уровень выраженности травматического стресса	230		150	300
Самообвинение	14,5	3,70	2	20
Принятие	16	2,8	4	20
Руминация	14,6	3,52	2	20
Позитивная фокусировка	14,8	5	4	20
Позитивная переоценка	15,6	4,1	2	20
Фокусирование на планировании	16,3	3,78	2	20
Рассмотрение в перспективе	17,3	1,81	3	20
Катастрофизация	12	3,6	0	20
Обвинение других	8,7	3,82	0	20
Цели в жизни	18,4	4,3	0	42
Процесс жизни	21,5	5,23	0	42
Локус контроля Я	16,3	3,79	0	28
Локус контроля Жизнь	26,4	5,53	0	42
Результативность жизни	18,2	4,62	0	35

Сокращения: М — среднее значение, Std. D — стандартное отклонение, Min — минимальное Std. D, Max — максимальное Std. D.

Таблица 2

**Корреляции показателей мотивации к успеху и когнитивной регуляции эмоций (представлены только значимые данные).
Correlations of indicators of motivation to success and cognitive regulation of emotions (only significant data are presented).**

		Мотивация к успеху	Когнитивная регуляция эмоций
1	Мотивация к успеху		
2	Уровень травматического стресса		
3	Позитивная фокусировка	0,257**	0,277*
4	Фокусирование на планировании	0,219*	0,382**
5	Позитивная переоценка	0,329**	0,394**
6	Обвинение других	-0,306**	-0,187*

*уровень значимости $p \leq 0,05$
**уровень значимости $p \leq 0,01$

ных процессов в состоянии стресса (Кокс, 1985; Лазарус, 1966; Фолкман, 1979), где доказана роль когнитивно-аффективных механизмов в субъективной оценке ситуации человеком, можно предположить, что «ситуация воспринимается человеком как стрессовая, когда он соотносит воспринимаемый смысл происходящего с теми ресурсами, которые у него имеются с затруднениями в эмоциональной форме (угроза, потеря, вызов)» (Е.И. Рассказова, А.Н. Леонова, И.В. Плужников).

Анализ результатов исследования показал, что именно связь мотивационных и когнитивно-аффективных систем приводит к мобилизации физических ресурсов (включение психофизиологических механизмов) и выбору максимально эффективных действий в ситуации боя, обеспечи-

вающих выживание, на фоне выполнения боевой задачи.

Исследуя корреляции показателей смысло-жизненных ориентаций, уровня травматического стресса и выраженностью посттравматического стресса (табл. 3) можно предположить, что выраженность посттравматического стресса связана с когнитивной регуляцией эмоций и смысло-жизненными ориентациями.

Мотивация к успеху связана корреляциями с выраженностью травматического стресса и смысло-жизненными ориентациями. Аналогично, выявлена связь между способностью когнитивной регуляции эмоций смысло-жизненными ориентациями и уровнем травматического стресса, что свидетельствует о том, что чем выше депрессив-

Таблица 3

**Корреляции показателей смысло-жизненных ориентаций, выраженности травматического стресса и когнитивной регуляции эмоций.
Correlations of indicators of life-meaning orientations, severity of traumatic stress and cognitive regulation of emotions.**

		Мотивация к успеху	Когнитивная регуляция эмоций
1	Мотивация к успеху		
2	Когнитивная регуляция эмоций		
3	Сверхбдительность	0,275*	0,188*
4	Вина выжившего	-0,226**	0,302*
5	Оптимизм	0,243**	0,272*
6	Злоупотребление наркотическими и лекарственными препаратами	0,326**	0,356*
7	Депрессия	-0,374**	
8	Агрессия	0,223**	0,264*
9	Приступы ярости	0,254**	0,245*
10	Общая тревожность	0,357**	
11	Нарушения памяти и концентрации внимания	0,426**	
12	Цели в жизни	0,321**	0,163**
13	Процесс жизни	0,233**	0,382**
14	Локус контроля Я	0,356**	
15	Локус контроля Жизнь	0,378**	0,348**

*уровень значимости $p \leq 0,05$; **уровень значимости $p \leq 0,01$

ная симптоматика, тем ниже мотивация к успеху. Полученные данные указывают на то, что когнитивно-эмоциональная дисрегуляция и повышенная напряжённость эмоциональной сферы сопряжены с уровнем формирования мотивации к успеху.

Тревожно-аффективные проявления эмоциональной сферы и смысложизненные ориентации определяют тяжесть травматического стресса. Устойчивость смысложизненных ориентаций и выраженность субъективного Локуса контроля-Я связаны с повышением мотивации к успеху и устойчивости мотивации к выживанию.

Устойчивость смысложизненных ориентаций определяет возможность когнитивной эмоциональной регуляции, выраженность травматического стресса и мотивацию к выживанию. С высокой долей вероятности можно утверждать, что устойчивость смысложизненных ориентаций, объективного Локуса контроля-Я, оказывает влияние на когнитивную регуляцию эмоций и на мотивацию к выживанию, и соответственно, на уровень травматического стресса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выделение компонентов, определяющих мотивацию к выживанию и выявление связей между ними, показали необходимость включения в программы психологической подготовки участников БД мотивационных тренингов по формированию смысложизненных ориентаций, навыков когнитивной регуляции эмоций, для развития навыков совладания со стрессовыми ситуациями и профилактики стрессовых расстройств.

Политика правительства Российской Федерации по социальной защите и поддержке участников БД (Федеральный закон от 12.01.1995 N 5-ФЗ (ред. от 07.07.2025) «О ветеранах» Статья 16. Меры социальной поддержки ветеранов боевых действий [в ред. Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ]) ориентирована на создание условий полноценной реабилитации граждан по окончании службы.

Медико-социально-психологическая поддержка играет ключевую роль в жизни военнослужащих, особенно тех, кто находится на линии боевого соприкосновения. Основными источниками такой поддержки являются семья, друзья и настроение общества в отношении участников БД, признание значимости их вклада в защиту граждан РФ.

Опрос, проведенный среди добровольцев, показал, что 45 % опрошенных мотивированы патриотическими настроениями, а 25 % видят в участии в БД возможность обрести смысл жизни и реализовать себя. Эти данные свидетельствуют о том, что добровольцы чаще всего движимы внутренними убеждениями и личными ценностями, что делает их мотивацию глубоко осмысленной и направленной на достижение значимых для них целей, около 60 % добровольцев, участвовавших

в БД, отмечали значительное изменение своих жизненных ценностей после конфликта. Это свидетельствует о глубоком влиянии участия в БД на личностные установки и взгляды участников, особенно среди добровольцев, для которых такие изменения могут быть связаны с переоценкой ценностей и пересмотром жизненных приоритетов. Более 70 % военнослужащих считают поддержку близких важнейшим фактором, способствующим сохранению морального духа во время службы. Эта поддержка проявляется через эмоциональную поддержку, регулярное общение и уверенность в том, что дома их ждут и поддерживают. Психологическая поддержка рассматривается как ресурс, предоставляемый людьми, с которыми общается военнослужащий, она помогает снизить риск выраженности посттравматического стресса, социальной дезадаптации и психических расстройств.

Литература

1. Абрамова Е.А. Изучение уровня боевого стресса у сотрудников органов внутренних дел, принимающих участие в специальной военной операции // Доклад. — ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» № 2 (62) (2023): Журнал психиатрии и медицинской психологии.
2. Вербицкий Г.И. Применение элементов психологической подготовки при изучении тактики общевойскового боя // материалы Республиканской научно-технической конференции (в рамках 76-й научно-технической конференции профессорско-преподавательского состава, научных работников, докторантов и аспирантов БНТУ), 27 апреля 2023 г. / редкол.: А. А. Почебыт и др.; сост. И. Б. Шеденкова. — Минск: БНТУ, 2023. — С. 356-360.
3. Радев Емилиан, Визева Мая, Горанова Радка. Социальная поддержка — полезное средство для преодоления стресса // Вестник Восточно-Сибирской открытой академии.
4. Капцов А.В. Жизненные ценности как детерминанты морфологии и силы мотива в структуре личности // Известия Самарского научного центра РАН: Актуальные проблемы психологии. Самарский регион. — Самара: Изд-во СНЦ РАН, 2002. — С. 137-143.
5. Ищенко М. М., Черкалина А. Групповая сплоченность как важнейшая характеристика группы и ее организационного поведения // Мировые цивилизации — 2022. — Т.7. — №3.
6. Мандрыкина Л.В. Культурно-этнические особенности переживания чувашского этноса в экстремальной ситуации // Электронный научный журнал «Дневник науки». — 2022. — № 3.
7. Меджидова К.О. Мотивация как предмет научных исследований // Психология и психотехника. — 2012. — Т. 4(43). — С. 44-45.
8. Пырьев Е. А. Мотивационная функция эмоций // Вестник практической психологии образования 2019. Том 16. № 3. С. 83-93.
9. Рассказова Е.И. разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций/Е.И.Рассказова, А.Н. Леонова, И.В. Плужников // Вестник Московского университета. Сер.14, Психология.-2011.-№4.-С.161-179.
10. Соколовский А.С., Иволгина О.И. Психологическая подготовка военнослужащих к условиям высокоинтенсивного общевойскового боя // 61-я научная конференция аспирантов, магистрантов и студентов БГУИР. — Минск, 2025. — С. 59.
11. Шадрин И.В., Дедова К.Н. Факторы риска суицидального поведения у больных с посттравматическим стрессовым расстройством (участников современных локальных войн) // научно-практический журнал Суицидология, №3 2011, стр. 46-47.
12. Шляхта Д.А. Проблемы комплексного изучения активности личности в психологии //Сборник научно-практической конференции Социально-психологические проблемы современного общества и человека: пути решения/Витебск, 29-30 октября 2015 года, С 43-46.
13. Шутова Н. В., Смоловик О. В. Анализ психологических подходов к проблеме мотивации личности // Нижегородский психологический альманах.-2015.-№1.
14. Robert H. Pietrzak, Barbara L. Pitts, Ian Harpaz-Rotem, Steven M. Southwick, Julia M. Whealin Факторы, защищающие ветеранов боевых действий от появления мыслей о суициде (пер. Чумаков Е.Н. к.м.н, 2017).

Фильм «Телохранитель (Мэрилэнд)».

Комментарий практикующего психиатра

А.Д. Артемьев, младший научный сотрудник.

Отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научный центр психического здоровья (115522, Москва, Каширское шоссе, 34).

Посттравматическое стрессовое расстройство является распространенным состоянием среди военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях. Это затрудняет социализацию этой категории лиц и требует от окружающих внимания и понимания. Сюжет фильма «Телохранитель» иллюстрирует глубину психологической проблемы главного героя в процессе адаптации к мирной жизни и подчеркивает важность поддержки социума.

Ключевые слова: фильм «Телохранитель», посттравматическое стрессовое расстройство, адаптация, поддержка социума.

The film “Bodyguard”. Psychiatrist practitioner comment

A.D. Artemyev, Junior Researcher.

Department for the Study of Endogenous Mental Disorders and Affective States, Federal State Budgetary Scientific Institution Scientific Center for Mental Health (115522, Moscow, Kashirskoye Shosse, 34).

PTSD is a common condition among service members who have taken part in combat. This makes it difficult to socialize this category of persons and requires attention and understanding from others. The plot of the film “Bodyguard” illustrates the depth of the psychological problem of the protagonist in the process of adapting to a peaceful life and emphasizes the importance of supporting society.

Keywords: film “Bodyguard” post-traumatic stress disorder, adaptation, support for society.

Фильм «Телохранитель», первоначальное название «Мэрилэнд» (Бельгия, Франция).

Сценарист и режиссер Алис Винокур, в главных ролях Маттиас Шонартс и Диана Крюгер.

Премьера картины «Телохранитель» состоялась в рамках программы «Особый взгляд» Каннского фестиваля в 2015 году, после чего фильм вышел на экраны. Фильм не был дублирован на русский язык и имеется лишь любительский перевод. Он не завоевал особой симпатии у русского зрителя, хотя по-своему интересен в ряду фильмов, иллюстрирующих посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР). Картина позволяет проникать в тонкости человеческой психики, раскрывая взаимосвязь между пережитыми травмами, эмоциональными связями и поведением героев. Потери, насилие и эмоциональные потрясения существенно влияют на поведение героев фильма и восприятие ими окружающего мира.

Следует отметить, что проблема психических расстройств у людей во время и после военных действий всегда вызывала медицинский интерес. Нельзя не вспомнить Н.И. Пирогова, гениального хирурга, основателя и родоначальника военно-полевой хирургии (1854), писавшего в своих размышлениях о войне: «Война — что это, как не нечто произвольное, глубоко затаенное в самой природе человеческих обществ! И войны, каждая война, имеют также, как и эпидемии, свои фазы





и свои периоды». Рассматривая войну как травматическую эпидемию, он описал в том числе и «синдром ветерана», как психическую травму, требующую лечения.

Психогенные расстройства в периоды «военного и послевоенного времени в последней мировой войне» описывались отечественными психиатрами (А.Н. Бунеев «Судебная психиатрия. Руководство для врачей», 1950 г., под ред. Ц.М. Фейнберг).

Проблемы психических расстройств военнослужащих являются актуальными и изучаемыми и в настоящие дни. Со времени войны во Вьетнаме они продолжают интересовать специалистов в области психического здоровья на протяжении многих десятилетий в череде непрекращающихся войн, как в клинических и терапевтических аспектах изучения ПТСР, так в социальном и реабилитационном плане возвращения участников военных конфликтов к мирной жизни. В кинематографии именно социальные аспекты, связанные со сложностями жизни людей с ПТСР в обществе, их возвращение к психологической и социальной активности являются предметом творческого поиска режиссеров. Фильм «Телохранитель» раскрывает трудности эмоционального и социального плана, с которыми сталкивается герой фильма Винсент, вернувшийся с войны в Афганистане. Драматично показан процесс его возвращения в общество и тяжелый путь восстановления эмоциональных, человеческих связей.

Сюжет фильма о профессиональном военном, которого пытаются списать по состоянию здоровья. Винсент, бывший солдат французского спецназа, страдает от посттравматического синдрома и лечится у психиатра трамадолом, сильнодействующим опиоидным анальгетиком. Он перебивается случайными заработками в компании таких же солдат, вернувшихся с войны. Он не адаптировался до конца к мирной жизни.



Мыслями он продолжает находиться в боевой обстановке. Действия Винсента часто мотивированы его стремлением защитить окружающих. Это желание сопровождается борьбой между



профессиональными обязанностями и личными чувствами.

Наличие пережитого ранее травматического опыта делает его образ глубоко человечным и многогранным. Его нанимают телохранителем для жены богатого криминального бизнесмена. Несмотря на относительно спокойную окружающую обстановку, Винсент, склонный к тревожным расстройствам, остается напряженным, постоянно ощущает скрытую угрозу. Одновременно он проникается нежными чувствами к той, которую он должен защищать.

У главного героя присутствуют обычные клинические проявления ПТСР. Он крайне раздражителен, конфликтен, брутalen, с трудом сдерживается от проявлений агрессии, поддержание самоконтроля требует огромного напряжения. Он отрешен, мысли его не в мирной жизни, не в сиюминутной ситуации, а где-то в военной обстановке. Наплывы воспоминаний о травматических событиях (по типу флешбеков) делают его еще более отстраненным от действительности. Ценности мирной жизни для него не имеют значения, он создан для войны, для постоянной готовности к решительным действиям. Внешне он депрессивен, холоден, с бедной мимикой и безразличием. Вернуться в жизнь, к исполнению обязанностей — для него это огромное напряжение, в такие моменты он перестает коммуницировать, молча выполняя то, что должен. За всем этим стоит какая-то безысходность, отсутствие желаний, безнадежность. Сновидения, с повторяющимися кошмарами, только усиливают тревогу. Периодически возникают пароксизмы головных болей, что заставляет его при-

бегать к приему трамадола. При этом обязанности охранника он выполняет тщательно и профессионально, в силу их сходства с некоторыми военными действиями. Брутальность, агрессивность, паранойяльная настроенность нарушают его взаимоотношения с людьми. Его постоянная напряженность и подозрительность пугает.

Он не может выстраивать эмоциональные отношения. Быстро, решительно и эффективно он действует только в критических ситуациях, а при необходимости принятия решений в долгосрочной перспективе он теряется. Но в процессе развертывания действия фильма мы видим человека, который профессионально старается выполнять свою работу, несмотря на серьезные проблемы со здоровьем, а обостренное войной ощущение опасности помогает противостоять запутанной ситуации.

Время, проведенное в контакте с молодой женщиной и ее ребенком, вынужденная необходимость их защиты, доверие с ее стороны, изменяют его эмоциональное состояние в лучшую сторону. Зритель наблюдает за пробуждением в главном герое человеческих чувств, у него появляется желание пересмотреть свои приоритеты и найти возможности по-иному строить свое будущее в мирной жизни. Переживаемые события, доверие, зарождающаяся любовь — оказываются важными для психологической перестройки и позволяют Винсенту лучше управлять своими эмоциями и выстраивать межличностные отношения. Развязка фильма дарит надежду на то, что каждый человек, находящийся во власти ПТСР, может обрести мир в Душе, опираясь на поддержку в своем социальном окружении.

