

- ▶ Верификация посттравматического стрессового расстройства и реадaptация пациентов
 - ▶ Клинико-психопатологические модели самосожжения у мужчин
 - ▶ Мозаика психических расстройств старшего возраста. Эффективность Тиапридала®
 - ▶ Изменение личности пациентов со спинномозговой травмой
 - ▶ Хроническая мигрень. Клинический случай
 - ▶ Феномен мотивации к выживанию в условиях боевых действий
 - ▶ Побочные эффекты психофармакотерапии
 - ▶ Фильм «Комната».
- Комментарий практикующего психиатра

<http://logospress.ru>

№ 3/2026

Современная терапия в психиатрии и неврологии

Содержание/Contents

ПСИХИАТРИЯ

Кравченко Н.Е., Суетина О.А.

К вопросу о верификации посттравматического
стрессового расстройства и реадaptации пациентов6

**Лебедев А.В., Лебедева Д.И., Спадерова Н.Н.,
Горохова О.В.** Клинико-психопатологические модели
самоожжения у мужчин: ретроспективный анализ
судебно-психиатрических экспертиз11

Петрова Н.Н.

Мозаика психических расстройств старшего возраста17

ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ

Самара С.А.

Дифференциальная диагностика преморбидных
и посттравматических изменений личности
у пациентов со спинномозговой травмой:
междисциплинарный подход22

Белоус М.И., Волгина И.М., Павлова А.А.

Клинический случай комплексной терапии
хронической мигрени25

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Григорьева Ю.Д., Ефремова Д.Н.

Феномен мотивации к выживанию в структуре
смыслжизненных ориентаций и Я-концепции личности
военнослужащего в условиях боевых действий31

Султанова А.Н., Бублик С.В., Кудрина И.С.

Особенности копингов и коммуникативных
стратегий у медицинских работников
онкологического профиля38

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

Козловский В.Л., Гончаренко А.Ю.

Побочные эффекты базовой лекарственной
терапии в психиатрической практике41

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ

Артемов А.Д.

Комната — весь мир. Фильм «Комната»:
комментарий практикующего психиатра48

PSYCHIATRY

Kravchenko N.E., Suetina O.A.

On the issue of verification of post-traumatic
stress disorder and readaptation of patients6

**Lebedev A.V., Lebedeva D.I., Spaderova N.N.,
Gorokhova O.V.** Clinical and psychopathological models
of self-immolation in men: a retrospective analysis
of forensic psychiatric examinations11

Petrova N.N.

The mosaic of older mental disorders17

NEUROPSYCHIATRY

Samara S.A.

Differential diagnosis of premorbid
and posttraumatic personality changes in patients
with spinal cord injury: an interdisciplinary
approach22

Belous M.I., Volgina I.M., Pavlova A.A.

A clinical case of chronic migraine complex
therapy25

CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

Grigorieva Y.D., Efremova D.N.

The phenomenon of survival motivation in the structure
of life-meaning orientations and the Self-concept
of a serviceman in combat conditions31

Sultanova A.N., Bublik S.V., Kudrina I.S.

Features of coping and communication
strategies in oncological medical
workers38

PSYCHOPHARMACOTHERAPY

Kozlovskii V.L., Goncharenko A.Yu.

Side effects of basic drug therapy
in psychiatric practice41

PSYCHOEDUCATION

Artemiev A.D.

The room is the whole world. The movie «The Room»:
comment by a practicing psychiatrist48

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Медведев В.З., докт. мед. наук, доцент, зав. кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы; профессор, зав. курсом психиатрии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, 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, почетный 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, зав. кафедрой психиатрии, клинической психологии, профессор кафедры психотерапии и наркологии 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 РНЦПЗ, 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

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

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

Данилов Д.С., докт. мед. наук, зав. отделением Клиники психиатрии им. С.С. Корсакова ФГАОУ 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 РНЦПЗ, Москва

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

Медведев В.З., докт. мед. наук, доцент, зав. кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы; профессор, зав. курсом психиатрии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва

Овчинников А.А., докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет», Новосибирск

Олейчик И.В., докт. мед. наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ РНЦПЗ, 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, 2026

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.



EDITOR-IN-CHIEF

Medvedev V.E., Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology of the FNMO Medical Institute of the RUDN University named after Patrice Lumumba; Professor, Head of MONIKA M.F. Vladimirsky Psychiatry Course, 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, Honorary 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, Head of the Department of Psychiatry and Clinical Psychology, Professor of the Department of Psychotherapy and Narcology, 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 RNCPU, 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

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 RNCPU, 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

Igumnov 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

Ilarioshkin 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 RNCPU, Moscow

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

Medvedev V.E., Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, and Psychosomatic Pathology at FNMO of the Patrice Lumumba RUDN Medical Institute; Professor, Head of the Psychiatry Course at MONIKI named after M.F. Vladimirskiy, Moscow

Ovchinnikov A.A., Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk

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



РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО
ПСИХИАТРОВ

Российское общество психиатров —
информационный партнер журнала

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.

К вопросу о верификации посттравматического стрессового расстройства и реадaptации пациентов

Н.Е. Кравченко¹, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела психосоматических и невротических расстройств института детской психиатрии ФГБНУ РНЦПЗ (kravchenkone@mail.ru), ORCID: 0000-0001-5627-8018;

О.А. Сутина¹, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела психосоматических и невротических расстройств института детской психиатрии ФГБНУ РНЦПЗ (oksanaanatolevna@yandex.ru), ORCID: 0000-0003-4800-4329.

¹ Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр психического здоровья» (115522, Москва, Каширское ш., 34).

Резюме В статье обсуждаются разные точки зрения на некоторые клинические аспекты посттравматического стрессового расстройства, трудности его однозначной верификации, а также психологические проблемы участников вооруженных конфликтов, возникающие при возвращении их к мирной жизни.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, клиническая верификация, реинтеграция.

On the issue of verification of post-traumatic stress disorder and readaptation of patients

N.E. Kravchenko¹, Candidate of Medical Sciences, senior researcher at the Department of Psychosomatic and Neurotic Disorders of the Institute of Child Psychiatry, FSBSI RNCPPZ (kravchenkone@mail.ru), ORCID: 0000-0001-5627-8018;

O.A. Suetina¹, Candidate of Medical Sciences, senior researcher in the Department of Psychosomatic and Neurotic Disorders at the Institute of Child Psychiatry, FSBSI RNCPPZ (oksanaanatolevna@yandex.ru), ORCID: 0000-0003-4800-4329.

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

Abstract The article discusses different points of view on some clinical aspects of post-traumatic stress disorder, the difficulties of its unambiguous verification, as well as the psychological problems of participants in armed conflicts that arise when they return to civilian life.

Keywords: post-traumatic stress disorder, clinical verification, reintegration.

«Когда мы на землю опустимся с гор,
Когда замолчат автоматы,
Когда отпылет последний костер,
Какими мы станем, ребята?»

Игорь Морозов

Интерес к изучению последствий тяжелого психотравматического стресса, несмотря на длительную историю исследований в русле психологических, психиатрических и общемедицинских наук, до настоящего времени не угасает. Злободневность этой проблемы ни у кого не вызывает сомнений, т.к. обусловлена лавинообразным увеличением количества психогенных событий в современном мире, в том числе и стрессовых ситуаций высокой интенсивности (военные конфликты). Суть последних связана с тем, что они представляют собой угрозу не только психическому и социальному благополучию, но и физиче-

скому существованию людей и даже целых стран. В связи с этими обстоятельствами в научной печати в течение последних десятилетий появилось множество новых интересных публикаций [2, 3, 21], посвященных анализу последствий тяжелого стресса с точки зрения специалистов разного профиля (клиницистов, психиатров, психологов, социологов, историков). В основном интересы исследователей, сконцентрированы на изучении психологических, психопатологических, нейрофизиологических феноменов и последствий воздействия экстремальных стрессовых факторов (посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР),

стресс-индуцированных реакциях и состояниях). Продолжающийся военный конфликт (специальная военная операция (СВО)) в нашей стране делает подобные научные изыскания особенно необходимыми прежде всего для создания системы методов помощи и рекомендаций по реабилитации как ветеранов боевых действий, так и находившихся в зоне военного конфликта гражданских лиц (в том числе детей и подростков) с целью реинтеграции их в общество. Следует сразу оговориться, что предложенная читателям журнала работа представляет собой не столько научные штудии, сколько сопоставление разных научных высказываний на эту тему и размышления о проблемах, которые предстоит всем нам решать в недалеком будущем.

Как известно, стресс-ассоциированные нарушения могут развиваться в результате событий, которые пережил либо сам человек, либо стал их свидетелем, это может быть и неожиданная смерть близкого, и угроза жизни (смертельноопасные заболевания, насилие, природные катаклизмы, террористические акты, нахождение в зоне военных действий и т.п.), и психологические катастрофы (предательство, разрыв близких отношений). Стрессовыми событиями разной интенсивности вообще наполнена жизнь. Особенно часто эти психогенные состояния наблюдаются в ситуации войны, так отечественное эпидемиологическое исследование свидетельствует о весьма высокой распространенности ПТСР среди лиц, проживающих в зоне военных действий (31,2 %) [15]. Изучение последствий вооруженных конфликтов представляется проблемой особенно сложной, т.к. воздействие факторов войны на человеческую душу включает чрезвычайно широкий спектр психологических реакций, может приводить к изменению ценностной структуры, к трансформации личности (как в положительном, так и в отрицательном смысле) и общества в целом. В подтверждение можно привести слова историка Е.Ю. Зубковой: «Без уяснения феномена войны, вошедшей в плоть и кровь поколений, не понять хода последующей истории, механизмов общественного поведения, смены чувств и настроений людей» [8].

Согласно определению ПТСР является комплексным соматическим, когнитивным и аффективным ответом на воздействие травмирующего события и обозначает интенсивную и пролонгированную реакцию на сильные стрессоры, проявляющуюся мучительными воспоминаниями о травмирующем событии (флешбэками), включает избегание мыслей, чувств, разговоров, мест, связанных с травмирующим событием, нарушения эмоционального регулирования (раздражительность, вспышки гнева), снижение интереса к окружающему и чувство отстраненности, а также когнитивные расстройства, характеризующиеся выраженным нарушением концентрации

внимания, ухудшением памяти. [15, 16]. Вскользь упоминая историю изучения последствий военного стресса, можно отметить, что они издавна описывались представителями разных научных школ, были обобщены в множестве публикаций отечественных ученых (С.А. Суханов, А.И. Озерский, Ф.И. Иванов, Г.Е. Шумков, Е.К. Краснушкин), одним из первых на отдаленные последствия влияния боевого стресса на участников боевых действий указал В.М. Бехтерев, подчеркивая, что переживания военных событий могут сохраняться у участников в течение длительного времени [цит. по 16]. Но только в 80-х годах прошлого столетия термин «Посттравматическое стрессовое расстройство» был использован для обозначения отдельной нозологической единицы с перечислением основных диагностических критериев в американских классификациях психических болезней (DSM III, IV, V) [16]. В Международной классификации психических и поведенческих расстройств десятого пересмотра (МКБ-10) диагноз ПТСР неоднозначен, с одной стороны, он располагается в рубрике расстройств адаптации, с другой — причисляется к категории личностной патологии: посттравматический стресс включен и в раздел «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» под шифром F43 — «реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации», и также отнесен к группе расстройств личности — F62.0 «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы» [16]. В обзоре об эволюции взглядов на ПТСР академика РАН Е.В. Крюкова с соавт. [13] отмечено, что в клиническом плане ПТСР до сих пор представляет собой «диагностическую головоломку», т.к. несмотря на многочисленные исследования, прогресс в области клинической диагностики заметно отстает от результатов исследований в сфере нейрофизиологии.

В последней международной классификации болезней МКБ-11 диагностические критерии ПТСР были сужены и ограничены тремя элементами, включая 1) повторное переживание травмы, 2) избегание мыслей и воспоминаний о событии и 3) гипернастороженность, т.е. состояние субъективного ощущения сохраняющейся угрозы (в качестве обязательного параметра — симптомы должны сохраняться не менее нескольких недель и вызывать выраженное ухудшение функционирования); также в МКБ-11 было введено понятие «осложненное или комплексное ПТСР», содержащее дополнительные симптомы — проблемы в регуляции эмоций, ощущение себя как униженного, трудности в поддержании взаимоотношений [16]. Так как в нашей стране в практическую медицину не введено использование МКБ-11, диагноз ПТСР должен выставляться в соответствии с критериями МКБ-10 как у взрослых, так и у детей. Между тем, с точки зрения детских

психиатров и психологов, клиническая картина ПТСР является возрастозависимой, а собственно травматический опыт является мощным дестабилизирующим фактором, который искажает процесс и стадии развития у детей и подростков [19]. У юных несовершеннолетних пациентов симптомы травматического расстройства развития могут не только утяжелять клиническую картину ПТСР, но и являться причиной дополнительных проблем с психическим здоровьем в последующей жизни [4, 5]. Диагностические дилеммы остаются центральной проблемой в области детской психотравматологии в связи с высокой степенью клинического перекрытия симптомов, которые с одной стороны, могут быть критериями ПТСР, а с другой — являться ядром другого расстройства (депрессивного, тревожного и др.). Это положение вещей создает риск диагностических ошибок, создавая трудности диагностической верификации и вычленения точных целей для терапевтического вмешательства [17]. По мнению изучавших эти вопросы авторов [17, 19], ключевой особенностью клинических проявлений ПТСР у детей является их несоответствие классическим диагностическим критериям, описанным у взрослых, в частности, для подростков военная психотравма сопряжена с экзистенциальным кризисом, риском развития коморбидных расстройств (депрессии, тревоги, девиаций поведения), в результате строгое следование «взрослым» критериям может привести не только к несвоевременному распознаванию психогенного состояния, но и запоздалому оказанию необходимой помощи. Нельзя не согласиться с точкой зрения академика Е.В. Крюкова с соавт., что в дальнейших исследованиях наиболее целесообразным будет поиск более четких клинических симптомов и признаков, обладающих «ПТСР-патогномоничностью» [13].

Вопрос о развитии того или иного типа реакции на тяжелый стресс также остается не до конца уточненным. Считается, что манифестация ПТСР ассоциирована с влиянием множества факторов (тяжестью и продолжительностью стрессового воздействия, личностными особенностями пострадавшего, особенностями социального и микросоциального окружения и т.д.). Еще М.О. Гуревич и М.Я. Серейский [6] писали, что «одна и та же травма (например, при массовых бедствиях) различно действует на разных лиц, вызывая те или иные расстройства психических функций, в зависимости от индивидуальных особенностей субъекта», подчеркивая, что «определенной структуре характера или определенной психопатии более свойственны одни и менее свойственны другие формы психогенных реакций», указывая также, что «особенности психогенных реакций определяются рядом факторов: эндогенным и приобретенным предрасположением, соматическим состоянием, внезапностью или длительностью

психотравмы и ее качеством. Основанное на большом военно-клиническом опыте суждение высказывал в своих работах Е.К. Краснушкин [12], с его точки зрения «психогенные реакции, несмотря на единство причины, оказываются неоднородными в своем патогенетическом построении», «по линии конституционального и приобретенного предрасположения осуществляется со временем отбор предрасположенных к психогении из общей массы людей, подвергающихся психогенному воздействию», «единный и взаимно связанный ряд их одним концом — своими реакциями «глубинной личности» — упирается в экзогенные заболевания, другим же концом — характерогенными реакциями, в своих наиболее ярких представителях — параноиках — в эндогенные расстройства». Таким образом, обобщая вышесказанное, можно заключить, что наблюдаемые отечественными психиатрами в период Великой Отечественной войны и послевоенное время психогенные реакции образуют континуум от психологически понятных реакций «глубинной личности» до патологических состояний, примыкающих по своей патогенетической сущности к эндогенному полюсу психической патологии. Несмотря на то, что ПТСР интимно связано с известным этиологическим фактором (стрессом) до сих пор остаются неясными патогенетические механизмы этого расстройства, почему у одних оно возникает, у других нет.

Богатый фактический материал для исследования накоплен отечественными военными психологами. Современная военная ситуация, характеризующаяся высокой интенсивностью боестолкновений, применением новейших видов вооружений, информационно-психологическим противоборством, формирует сложную, стрессогенную и травматогенную среду для ее участников, приводит к изменениям нервно-психического статуса, поведения и личности участников в соответствии с требованиями боя [10]. По словам А.Г. Караяни и С.А. Проценко [11] «специальная военная операция российских войск на Украине кардинально изменила прежние представления о психологических последствиях участия в боевых действиях». Они подчеркивают, что психогенные образования у участников боевых событий могут быть представлены не только реакциями, связанными с психической травматизацией, развитием ПТСР и другими стресс-ассоциированными расстройствами, но и выступать в виде таких положительных психологических проявлений, как посттравматический личностный рост, возмужание, обретение психологической и жизненной мудрости. Участники боевых действий по-разному переживают последствия своего боевого опыта и среди них есть особая категория людей, которые объединяются понятием «не вернувшиеся с войны», для которых

война стала желаемым местом жизни, и они либо выбирают способы возвращения в зону военных событий, либо предпочитают различные формы деятельности, которые по каким-то параметрам схожи с военной обстановкой. Изучение этих комплексов позволило современным исследователям увидеть и уточнить то, что несомненно наблюдали военные психологи и психиатры прошлых лет: психологические последствия участия в боевых действиях содержат в себе множество психологических форм и типов реакций, которые образуют спектр многообразных психогенных образований, представляя собой континуум от нормы до патологии. Особую психогенно обусловленную личностную структуру «не вернувшихся с войны» авторы связывают с так называемой «хронизацией боевого Я», подчеркивая, что для интеграции этой категории участников войны в мирный социум необходимо четко представлять стратегии психологической работы с ними. Последствия боевого опыта формируют определенные психологические синдромы и реакции, включающие способы восприятия себя и мира, намерения, мотивы, жизненные смыслы. Различные формы «хронизации боевого Я» могут выступать в виде профи-комплекса, адренал-комплекса, зомби-комплекса, Рэмбо-комплекса, комплекса «солдата удачи», а их развитие тесно спаяно с иерархией ценностей личности. Обосновывая рекомендации по психологической помощи ветеранам, авторы указывают на важность понимания психологических механизмов формирования основных видов хронизации боевого Я, подчеркивая, что эти комплексы по своей психологической сути не являются патологическими, в основе их находится фрустрация, не удовлетворенные обществом и различающиеся (в зависимости от типа комплекса) насущные психологические потребности. Как свидетельствуют авторы статьи, особая категория «не вернувшихся с войны» охватывает многие тысячи ветеранов боевых действий и с окончанием СВО они будут возвращаться домой. Авторы подчеркивают, что несмотря на то, что в отличие от ПТСР, описанные комплексы не являются патологическими образованиями, они зачастую препятствуют нормальной реадaptации, возвращению в мирную жизнь, приводят к возникновению проблем в семье и в общении с окружающими, а в случаях утраты смысла жизни создают риск развития позднего ПТСР [11]. Часть ветеранов интегрируется в мирную жизнь, демонстрируя не только восстановление, но и посттравматический рост [2, 10]. В таких случаях, как писал в своих трудах М.Ш. Магомед-Эминов, травматический рост определяется смысловой работой личности, переживая страдания человек трансформирует себя и свой мир, а время определяется из горизонта невремени [14]. Другие же участники войны, находящиеся на противоположном по-

люсе, переживают тяжелый посттравматический синдром и страдают от ассоциированных с ПТСР психических нарушений (депрессии, тревоги, болезней зависимости, происходящей с ними личностной деформации) [7]. Клинический опыт свидетельствует, что травма — это не только то, что воздействует на человека, но и то, как он переживает это воздействие, в результате один выходит из ситуации тяжелого стресса закаленным, другой — больным и разбитым [2, 7, 20]. Как правило, боевая психическая травма не ограничивается пределами театра военных действий, т.к. манифестация ее клинических проявлений нередко происходит спустя месяцы и даже годы после возвращения ветеранов к мирной жизни [20].

По свидетельству изучавшей военную историю XX века Е.С. Сениявской [18] проблема «выхода из войны» не менее, а быть может, и более сложна, чем проблема «вхождения» в нее. Противоречивость воздействия специфических условий войны на психологию ее участников сказывается в течение длительного периода после ее окончания, демонстрируя многообразный спектр психологических явлений, в которых изменения человеческой психики колеблются от ярко выраженных, явных патологических форм до внешне малозаметных, скрытых, пролонгированных, как бы «отложенных» во времени реакций. Вернувшиеся с войны ветераны не могут стать прежними, «как все», принять новые правила и законы жизни, от которых уже отвыкли или после всего пережитого считают их неприемлемыми. По её наблюдениям, психологический потенциал участников войны для общества в целом имеет противоречивое значение, соединяя две основных тенденции — созидательную и разрушительную, и то, какая из сторон этого потенциала — позитивная или негативная — окажется преобладающей в мирной жизни, зависит от состояния самого общества и его отношения к фронтовикам. Оказывая помощь ветеранам, нельзя забывать, что окончательный диагноз, как заключение о болезни и состоянии пациента содержит в себе знания о сущности патологического процесса (его причинах, механизмах развития, динамике и т.д.), в связи с этим необходимы максимально индивидуализированные подходы при верификации психопатологического состояния, учитывающие индивидуальные особенности данного конкретного человека, т.к. результат может касаться его дальнейшей жизни и судьбы [1]. Выход из войны нам еще предстоит преодолеть, а «психологическая реадaptация участников боевых действий превращается из профессиональной задачи в вопрос национальной безопасности и социальной стабильности, поскольку от её успешного решения зависит социальное и психологическое благополучие не только сотен тысяч ветеранов боевых действий и их семей, но и всего российского общества» [9, 10].

Литература

1. Алехин А.Н. Методологический диагноз психологической диагностики. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 12.04.2026).
2. Баранов М.Л., Чайка Ю.А. Посттравматический рост у ветеранов боевых действий // Социальная и клиническая психиатрия. 2026. Т. 36. № 1. С. 29–40. EDN: PUUVFK.
3. Баранов М.Л., Чайка Ю.А., Джангильдин Ю.Т. Клинико-психопатологическая структура посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у комбатантов в зависимости от характера боевых задач // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2026. Т. 19. № 2 (193). С. 198–203. DOI: 10.33920/med-01-2602-02 EDN: ZFCKBE.
4. Горнушенков И.Д., Бархатова А.Н. Чайка Ю.А. гл.1. Концептуализация травмы развития в контексте хронического экстремального стресса: от единичного события к экосистемной травме, с.19–31 Травматический стресс у детей в условиях военных конфликтов. Коллективная монография под редакцией д.м.н. Ю.А. Чайки — М.: ФГБНУ РНЦПЗ, 2026. —384 с.
5. Горнушенков И.Д., Коваль-Зайцев А.А., Бархатова А.Н., Чайка Ю.А., Максимов И.В. Психотерапевтическая помощь детям и подросткам с посттравматическим стрессом, приобретенным вследствие военных конфликтов: обзор литературы и протокол вмешательства // Психическое здоровье. 2026. Т. 21. № 4. С. 22–30. DOI: 10.25557/2074-014X.2026.04.22-30 EDN: ZANCZB.
6. Гуревич М.О., Серейский М.Я. Учебник психиатрии. 5-е изд., М.: Медгиз, 1946. — С. 370–376.
7. Ефремова Д.Н. Психологические аспекты мотивации выживания участников боевых действий. СТПН 2025, №3, С.30–35 DOI: 10.32416/2304-9707-2025-3-30-35.
8. Зубкова Е.Ю. Общество и реформы 1945—1964. (Серия “Первая монография” под редакцией Г.А. Бордюгова). — М.: ИЦ “Россия молодая”, 1993 — 200 с
9. Караяни, А.Г. Психологические последствия участия в боевых действиях: «не ПТСРом единым». Российский военно-психологический журнал, 2023. 2(2), 75—83. <https://doi.org/10.25629/RMPJ.2023.02.07>.
10. Караяни А.Г. Посттравматический рост и реадaptация участников боевых действий: современные научные представления. «Личность, ресурсы и потенциал» 2025. — №4 (28), С.9–22.
11. Караяни А.Г., Проценко С.А. «Не вернувшиеся с войны». Феномен хронизации боевого Я у ветеранов боевых действий. Экстремальная психология и безопасность личности, 2026. — 3(1), 210–224. <https://doi.org/10.17759/epps.202603011>.
12. Краснушкин Е.К. Психогенный фактор душевных расстройств в военное время / В сб.: Проблемы психиатрии военного времени. — М., 1945.– С. 207–218.
13. Крюков Е.В., Шамрей В.К., Марченко А.А., Лобачев А.В., Хабаров И.Ю., Колодин С.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство: эволюция взглядов. Психиатрия. 2023. — 21(4):57–71. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-4-57-71>.
14. Магомед-Эминов М.Ш. Феномен посттравматического роста. Вестник ТГУ, 2009. — выпуск 3 (71), 2009 С.111–117.
15. Петрова Н.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство СТПН 2026, №1, С.6–12 DOI: 10.32416/2304-9707-2026-1-6-12.
16. Петрова Н.Н., Игумнов С.А., Станько Э.П. Посттравматическое стрессовое расстройство: учебное пособие — Москва: ГЭОТАР Медиа, 2025. — 160 С. DOI: 10.33029/9704-8929-1-PSS-2025-1-160.
17. Попова Г.А., Горнушенков И.Д. Гл.6 Коморбидность симптомов посттравматического стресса у детей и подростков с депрессивными, тревожными и поведенческими расстройствами в контексте военных конфликтов: диагностические дилеммы с.100–118. Травматический стресс у детей в условиях военных конфликтов. Коллективная монография под редакцией д.м.н. Ю.А. Чайки — М.: ФГБНУ РНЦПЗ, 2026. —384 с.
18. Сенявская Е.С. Психология войны в XX веке: исторический опыт России. — М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 1999. — 383.
19. Сорокин С.А., Марголина И.А., Горнушенков И.Д. Гл.5 Феноменология и возрастная динамика посттравматического стресса у детей и подростков, возникшего под влиянием военного конфликта с.83–99. Травматический стресс у детей в условиях военных конфликтов. Коллективная монография под редакцией д.м.н. Ю.А. Чайки — М.: ФГБНУ РНЦПЗ, 2026. —384 С.
20. Сукиасян С.Г., Солдаткин В.А., Снедков Е.В., Тадевосян М.Я., Косенко В.Г. Боевое посттравматическое стрессовое расстройство: от «синдрома раздраженного сердца» до «психогенно-органического расстройства». Эволюция понятия. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(6):144–151. doi.org/10.17116/jnevro2019119061144.
21. Чайка Ю.А., Баранов М.Л. Современное состояние проблемы агрессии в психиатрии // Психиатрия. — 2025. — Т. 23, № 1. — С. 98–112. — DOI 10.30629/2618-6667-2025-23-1-98-112. EDN JAOLZG.

Клинико-психопатологические модели самосожжения у мужчин: ретроспективный анализ судебно-психиатрических экспертиз

А.В. Лебедев¹, Заслуженный врач Российской Федерации, начальник судебно-психиатрической службы ГБУЗ ТО «ОКПБ» (Ustas17-3753@yandex.ru), ORCID: 0009-0005-2481-6199;

Д.И. Лебедева², доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры медицинской профилактики и реабилитации Института общественного здоровья и цифровой медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» (j.lebedeva1965@mail.ru), ORCID: 0000-0003-2478-9619;

Н.Н. Спадерова¹, доктор медицинских наук, заместитель главного врача по клинико-экспертной работе и качеству медицинской помощи, врач судебно-психиатрический эксперт ГБУЗ ТО «ОКПБ» (nadejda.spaderova@yandex.ru), ORCID: 0000-0002-0121-2801;

О.В. Горохова¹, заведующая отделением амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз ГБУЗ ТО «ОКПБ» (olgacinn@mail.ru).

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая психиатрическая больница» (625530, Тюменская обл., Тюменский р-н, п. Винзили, ул. Сосновая, 19);

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (625023, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54).

Цель исследования — разработка клинико-психопатологической и клинико-экспертной типологии самосожжений у мужчин на основе ретроспективного анализа судебно-психиатрических экспертиз. Проведён анализ 11 заключений (10 посмертных комплексных судебно-психиатрических экспертиз, и 1 прижизненная амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза). Выделены пять клинических профилей в рамках четырёх моделей: психотическая, explosивно-импульсивная, депрессивно-аффективная, стресс-дезадаптивная и социально-депривационная. Бредовая симптоматика чаще сочеталась с трезвостью на момент акта, однако различие не достигло статистической значимости при малом объёме выборки (точный критерий Фишера, $p = 0,455$). Предложенная типология может быть использована как инструмент дифференцированной оценки в судебно-психиатрической практике и при планировании профилактических мероприятий.

Ключевые слова: самосожжение, судебно-психиатрическая экспертиза, расширенный суицид, бред, алкогольная интоксикация.

Clinical and psychopathological models of self-immolation in men: a retrospective analysis of forensic psychiatric examinations

A.V. Lebedev¹, Honored Doctor of the Russian Federation, Head of the Forensic Psychiatric Service, Tyumen Regional Clinical Psychiatric Hospital (Ustas17-3753@yandex.ru), ORCID: 0009-0005-2481-6199;

D.I. Lebedeva², Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Professor at the Department of Medical Prevention and Rehabilitation, Institute of Public Health and Digital Medicine, Tyumen State Medical University (j.lebedeva1965@mail.ru), ORCID: 0000-0003-2478-9619;

N.N. Spaderova¹, Doctor of Medical Sciences, Deputy Chief Physician for Clinical Expert Work and Quality of Medical Care, Forensic Psychiatric Expert, Tyumen Regional Clinical Psychiatric Hospital (nadejda.spaderova@yandex.ru), ORCID: 0000-0002-0121-2801;

O.V. Gorokhova¹, Head of the Outpatient Forensic Psychiatric Examinations Department, Forensic Psychiatric Expert of the Highest Category, Tyumen Regional Clinical Psychiatric Hospital (olgacinn@mail.ru).

¹ State Budgetary Healthcare Institution of the Tyumen region «Regional Clinical Psychiatric Hospital» (625530, Tyumen region, Tyumen district, Vinzili settlement, Sosnovaya str., 19);

² Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Tyumen State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (54 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Tyumen region).

The aim of the study was to develop a clinical-psychopathological and clinical-expert typology of self-immolation in men based on a retrospective analysis of forensic psychiatric examinations. Eleven reports were analyzed (10 postmortem forensic psychiatric examinations and 1 outpatient forensic psychiatric examination). Five clinical profiles were identified within four models: psychotic, explosive-impulsive, depressive-affective, stress-maladaptive, and social-deprivation. Delusional symptoms were more often associated with sobriety at the time of the act, although this difference did not reach statistical significance given the small sample size (Fisher's exact test, $p = 0.455$). The proposed typology can be used as a tool for differentiated assessment in forensic psychiatric practice and for planning preventive measures.

Keywords: self-immolation, forensic psychiatric examination, extended suicide, delusion, alcohol intoxication.

ВВЕДЕНИЕ

Самосожжение относится к способам суицида с наиболее высокой летальностью: в развитых странах она достигает 60–80 % [5]. Вследствие этого данная форма аутоагрессии традиционно изучается преимущественно в контексте ожоговой хирургии и клинической эпидемиологии, тогда как её психопатологические механизмы остаются значительно менее исследованными.

Зарубежные работы последнего десятилетия фиксируют характерную тенденцию: в экономически развитых странах самосожжение чаще регистрируется у мужчин и достоверно ассоциировано с психическими расстройствами и аддиктивной патологией, а не с традиционным ритуально-протестным мотивом [7]. Судебно-медицинский анализ европейских случаев демонстрирует значительное разнообразие психопатологических и криминологических профилей [6]. В систематических обзорах отмечается, что клинико-психопатологическая составляющая самосожжения остаётся наименее изученным аспектом проблемы [8].

В отечественной литературе данный вопрос разработан недостаточно. Фундаментальные монографии по суицидологии [1, 2] и руководства по психиатрии [4] содержат общие ориентиры, однако завершённые самосожжения как самостоятельный объект посмертной судебно-психиатрической экспертизы в них не рассматриваются. Региональный опыт, накопленный в рамках комплексных судебно-психиатрических экспертиз (КСПЭ), в научный оборот практически не введён [3].

Настоящее исследование основано на материале судебно-психиатрической службы ГБУЗ ТО «ОКПБ» и направлено на систематизацию клинических данных и разработку экспертно-ориентированной типологии.

Цель — разработать клинико-психопатологическую и клинико-экспертную типологию самосожжений у мужчин на основе ретроспективного анализа заключений КСПЭ и определить практическую ценность типологии для экспертной и профилактической деятельности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Выборка

В анализ включены 11 заключений судебно-психиатрических экспертиз по случаям самосожжения у мужчин: 10 летальных исходов (посмертные КСПЭ по ст. 110 УК РФ) и 1 нелетальный случай (прижизненная амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза (АСПЭ)) по ст. 105 УК РФ: суицидальный поджог с тяжкими последствиями, квалифицированный как убийство (супруги). Нелетальный случай включён в выборку, поскольку суицидальный акт — поджог —

соответствует критериям включения по механизму, психопатологической структуре и целевой направленности аутоагрессии; судебно-психиатрическая квалификация в рамках АСПЭ обеспечивает возможность клинико-экспертного анализа психической модели с верификацией вывода о вменяемости. Все наблюдения дезидентифицированы.

Критерии включения: мужской пол; возраст старше 18 лет; использование огня как ведущего механизма аутоагрессии; наличие полного текста экспертного заключения, достаточного для ретроспективной клинико-психопатологической квалификации.

Аналитическая матрица

Для каждого наблюдения сформирована матрица из 18 переменных, объединённых в пять блоков.

Социально-демографический: возраст, семейное положение, образование, профессия, социальный статус, наличие судимостей.

Клинический: обращения к психиатру и наркологу, диагноз по МКБ-10, коморбидность, ведущий психопатологический синдром, соматическая патология.

Суицидологический: суицидальный анамнез, характер суицидогенного конфликта, динамика подготовки акта, наличие предсмертных вербализаций.

Токсикологический: уровень этанола в крови (0,0 % — трезвость; до 1,5 % — лёгкое / умеренное опьянение; 1,5–2,5 % — выраженное; свыше 2,5 % — тяжёлое опьянение).

Юридико-экспертный: объект и место акта, итоговая экспертная оценка. Вопрос о вменяемости ставился исключительно в единственном случае с общественно опасным деянием; в 10 посмертных экспертизах предметом оценки являлось психическое состояние погибшего в предсудебный период.

Статистика

В связи с малым объёмом выборки ($n = 11$) и ожидаемыми частотами менее 5 в ряде ячеек применение критерия χ^2 Пирсона являлось статистически некорректным. Для анализа связи бинарных признаков использовался двусторонний точный критерий Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общая характеристика выборки

Возраст наблюдаемых составил от 33 до 75 лет ($M = 49,2 \pm 13,1$ года). Большинство (63,6 %) состояли в зарегистрированном браке или проживали совместно с партнёршей; судимости в анамнезе имелись у 45,5 %. Отмечалась высокая частота хронической соматической патологии (81,8 %):

Таблица 1

Общая характеристика выборки (n = 11)
General characteristics of the sample (n = 11)

Параметр	n (%)
Возраст, M ± SD	49,2 ± 13,1
Женат / сожительство	7 (63,6 %)
Холост / разведён	4 (36,4 %)
Высшее образование	3 (27,3 %)
Судимости в анамнезе	5 (45,5 %)
Хроническая соматическая патология	9 (81,8 %)
Психическое расстройство (верифицировано)	10 (90,9 %)
Коморбидная алкогольная зависимость	6 (54,5 %)
Бред / бреподобные идеи	2 (18,2 %)
Предсуицидальные вербализации	7 (63,6 %)
Алкоголь 0,0 ‰ на момент акта	6 (54,5 %)
Предсмертная записка / SMS	4 (36,4 %)

Примечание: 10 летальных случаев + 1 нелетальный (суицидальный акт с тяжёлыми последствиями, АСПЭ по ст. 105 УК РФ).

Таблица 2

Сопряжённость бреда и трезвости на момент акта (n = 11)
The conjugacy of delirium and sobriety at the time of the act (n = 11)

Признак	Бред: да	Бред: нет	Итого
Алкоголь 0,0 ‰	2	4	6
Алкоголь >0,0 ‰	0	5	5
Итого	2	9	11

Примечание: $p = 0,455$ — двусторонний точный критерий Фишера (различие статистически не значимо).

в ряде случаев она являлась не сопутствующим фоном, а непосредственным элементом суицидогенного конфликта.

Психическое расстройство верифицировано в 10 из 11 случаев (90,9 %). Единственное исключение относится к модели D, где на первый план выступал кумулятивный социально-депривационный фактор при отсутствии диагностируемой нозологической единицы. Коморбидная алкогольная зависимость установлена у 54,5 %; вместе с тем опьянение непосредственно на момент совершения акта зафиксировано лишь в 45,5 % случаев (табл. 1).

Сопряжённость бреда и алкогольного состояния на момент акта

Анализ выявил отрицательную ассоциацию между наличием бредовой симптоматики и опьянением на момент акта: оба случая с верифицированным бредом были совершены в состоянии полной трезвости, тогда как ни в одном случае с опьянением бред не был диагностирован (табл. 2). Несмотря на выраженность этой описательной закономерности, при малом объёме выборки различие не достигло статистической значимости (точный критерий Фишера, $p = 0,455$).

Данная закономерность обусловлена различием психопатологических механизмов: в пси-

хотической модели суицидальный акт определяется содержанием бредовой системы и не требует дополнительного растормаживания, тогда как в взрывно-импульсивной модели алкогольная интоксикация выступает ключевым фактором, нарушающим контроль аффективных реакций.

Клинические модели

Сравнительный анализ 18 переменных позволил выделить пять клинических профилей в рамках четырёх моделей, различающихся по ведущему психопатологическому механизму, роли алкоголя, характеру подготовки суицидального акта и экспертному значению (табл. 3).

**КЛИНИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ:
ХАРАКТЕРИСТИКА И ЭКСПЕРТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ**

Модель А. Психотическая

Два случая данной группы объединяет реализация суицидального акта в рамках хронической систематизированной бредовой системы. В обоих наблюдениях поджог был обусловлен содержанием бреда, совершён в состоянии полной трезвости и предварялся пролонгированной поведенческой подготовкой.

Таблица 3

Клинико-экспертные модели самосожжения
Clinical and expert models of self-immolation

Модель	n (%)	Ведущий механизм	Алкоголь	Подготовка	Профил. мишень
А. Психотическая	2 (18 %)	Бред: ипохондр., ущерба, обречённости	Нет	Пролонгир., ритуализир.	Психоз; ООД — экспертная оценка
В. Эксплозивно-импульсивная	4 (36 %)	Аффект. взрыв на орган. / личн. фоне	Критич. (тяжёлое)	Импульсивная	Наркология, ЛВЖ, крим. риск
С1. Депрессивно-аффективная	1 (9 %)	Витальная тоска, телесная обречённость	Есть, не ключевой	Пролонгир.	Скрининг депрессии в сомат. сети
С2. Стресс-дезадаптационная	3 (27 %)	Крах статуса / отношений, отчаяние	Вариабельна	Пролонгир., адресная	Кризисная интервенция
Д. Социально-депривационная	1 (9 %)	Тотальная соц. катастрофа, нет триггера	Нет	Нет острого триггера	Межведомств. сопровождение

Примечание: ООД — общественно опасное деяние; ЛВЖ — легковоспламеняющиеся жидкости.

Первый случай — органическое бредовое расстройство (F06.2) с ипохондрическим, параноидным и нигилистическим компонентами. Второй — тяжёлый депрессивный эпизод с бредовыми идеями обречённости и расширенным суицидом.

Клиническая иллюстрация. Случай Я., 75 лет. Диагноз: F06.2. АСПЭ по ст. 105 УК РФ.

Пенсионер, бывший водитель, единственный длительный брак, детей нет. С лета 2024 г. на фоне церебрального атеросклероза и дисциркуляторной энцефалопатии I ст. сформировалась систематизированная бредовая система, включавшая три взаимосвязанных компонента: ипохондрический (убеждённость в онкологическом заболевании, резистентная к неоднократным отрицательным заключениям хирурга и онколога, сформировалась на основе кандидозного стоматита, верифицированного стоматологом); бред ущерба (убеждённость в аварийном состоянии жилья, сговоре родственников с целью причинения ущерба); бред обречённости с расширением суицидального замысла на супругу (убеждённость в неизбежности совместной гибели, невозможности раздельного существования). Признаки систематизации бреда: на протяжении нескольких месяцев пациент оформил завещание, предпринимал поиск альтернативного жилья, заранее оговаривал порядок погребения. На психиатрическом учёте не состоял. В анамнезе — суицидальная попытка (самоповешение в надворной постройке).

В ночь на 14.01.2026 г., в состоянии полной трезвости, слова супруги «делай что хочешь» были истолкованы как её согласие на совместный уход из жизни. Пациент нанёс ей множественные удары молотком, произвёл поджог жилого строения с применением горючей жидкости; осознав, что не сгорает, нанёс себе колото-резаные ранения живота и грудной клетки. Доставлен в стационар: ожоги II степени 7 % площади тела, ингаляционная травма дыхательных путей II ст., колотые ранения живота.

По заключению АСПЭ (03.02.2026): F06.2 — органическое бредовое (шизофреноподобное)

расстройство, хроническое, систематизированное; депрессивный аффект расценён как вторичный по отношению к бредовой системе. Признан невменяемым (ст. 21 УК РФ). Назначено принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа (ст. 101 УК РФ).

Данный случай демонстрирует ключевую экспертную характеристику модели А: прямую детерминацию деяния содержанием бреда при отсутствии алкогольной интоксикации и импульсивных механизмов. Бредовое истолкование нейтрального высказывания партнёра как согласия на совместный уход — типичный механизм расширенного суицида при параноидном синдроме, описанный в классической психиатрической литературе [4]. Сочетание полной трезвости, ритуализированной подготовки и причинно-следственной связи между содержанием бреда и характером деяния составляет систему аргументации экспертного заключения о невменяемости.

Модель В. Эксплозивно-импульсивная

Наибольшая по численности группа (4 случая, 36 %). Суицидальный акт возникает остро, как аффективный взрыв на фоне острого межличного или семейного конфликта, без признаков длительной подготовки. Алкогольное опьянение выступает ключевым патогенетическим звеном, реализующим агрессивно-аутоагрессивный потенциал при снижении волевого контроля.

Самосожжение в этой модели не является избирательным способом ухода из жизни, а складывается ситуативно — горючая жидкость или источник огня оказываются доступны в момент аффективного взрыва. Гендерный аспект выражен отчётливее всего в данной модели: аутоагрессия часто соседствует с внешне начальной агрессией, причём огонь выступает ритуальным средством самонаказания.

С экспертной точки зрения модель В часто связана с возбуждённым уголовным делом по ст. 111 или ст. 105 УК РФ (при смерти потерпевшего лица, которое оказалось в зоне поражения огнём), что

требует оценки способности субъекта осознавать и руководить своими действиями на момент аффективного взрыва, а также дифференциальной оценки влияния алкогольной интоксикации на волевую регуляцию. Профилактически значимые мишени — наркологическая коррекция, работа с лицами, совершающими агрессивные действия в семейных конфликтах, и оценка криминогенного риска.

Модели С1/С2. Депрессивно-аффективная и стресс-дезадаптационная

Обе подмодели объединяет ведущий аффективный компонент, однако различаются по содержанию и источнику страдания.

Модель С1 (депрессивно-аффективная, 1 случай, 9 %) отражает классический вариант витальной депрессии с телесной обречённостью: сочетание тоски, ангедонии и социального ухода на фоне тяжёлого депрессивного эпизода. Алкоголь выявлен, но не является патогенетически ключевым звеном. В экспертном отношении важен скрининг депрессии в общесоматической сети, так как большая доля таких пациентов наблюдается у терапевтов и врачей общей практики, а не у психиатров [13].

Модель С2 (стресс-дезадаптационная, 3 случая, 27 %) включает случаи с ведущим стрессовым фактором — крахом статуса, расторжением отношений, утратой значимой роли. Подготовка обычно носит адресный характер (выбор времени / места, связанного с источником конфликта). Ключевая профилактическая задача — своевременная кризисная интервенция в период острой ситуационной дезадаптации.

Модель D. Социально-депривационная

Единственный случай данной модели принципиально отличается от остальных четырёх отсутствием диагностируемого психического расстройства и острого ситуационного триггера. Ведущим фактором выступает тотальная, кумулятивно нарастающая социальная депривация — утрата жилья, социальных связей, средств к существованию, перспектив, продолжавшаяся длительное время без острого провоцирующего события непосредственно перед актом.

Клиническая иллюстрация. Случай К., 33 года. Диагноз: F61.0 + F10.252 + вероятная F32. Посмертная КСПЭ по ст. 110 УК РФ.

Мужчина 33 лет, разведён, детей нет, постоянного места работы не имел, проживал в съёмном жилье, которое утратил за месяц до смерти. Родственные связи фактически прекращены (конфликт с родителями более пяти лет, попытки восстановления контакта безуспешны). Ранее не обращался за психиатрической и наркологической помощью, на учёте не состоял. По показаниям знакомых, последние месяцы жизни характеризова-

лись нарастающей социальной изоляцией, эпизодическим злоупотреблением алкоголем, утратой интереса к прежним занятиям, высказываниями о бесперспективности будущего.

Незадолго до смерти окружающим не сообщал о конкретных суицидальных намерениях, предсмертной записки не оставил. Обстоятельства смерти: обнаружен на территории заброшенного строения с признаками термического воздействия, судебно-медицинским исследованием установлены прижизненные ожоги, охватывающие более 60 % поверхности тела, следовые количества горючего вещества.

Посмертная КСПЭ по ст. 110 УК РФ (доведение до самоубийства) назначена в связи с заявлением родственников о возможном психологическом давлении со стороны третьих лиц. По результатам анализа медицинской документации, показаний свидетелей и материалов дела экспертная комиссия пришла к заключению о вероятном депрессивном эпизоде (предположительно F32) на фоне расстройства адаптации (F61.0) и синдрома зависимости от алкоголя средней степени (F10.252); прямой причинно-следственной связи между действиями конкретных лиц и решением о суициде не установлено ввиду отсутствия верифицированных фактов целенаправленного психологического давления.

Экспертное значение данного случая заключается в демонстрации диагностических ограничений посмертной экспертизы: при отсутствии объективной медицинской документации психиатрический диагноз может быть установлен только на предположительном уровне. Отсутствие острого триггера и доминирование кумулятивного социального фактора требует межведомственного сопровождения (социальные службы, кризисные центры) как ключевой профилактической мишени, в отличие от медицинских моделей А-С.

ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные данные позволяют рассматривать самосожжение у мужчин не как единый феномен, а как гетерогенную группу актов аутоагрессивного поведения, реализуемых через различные психопатологические механизмы. Такая дифференциация имеет существенное экспертное значение, поскольку определяет разный объём и содержание судебно-психиатрической оценки.

Модель А (психотическая) демонстрирует наиболее чёткую причинно-следственную связь между содержанием психопатологической продукции и характером деяния, что типично приводит к экспертному заключению о невменяемости в рамках ст. 21 УК РФ. Полученное распределение согласуется с данными о роли бредовых расстройств в реализации расширенного суицида, описанными в отечественной литературе [1, 4]. Сочетание в рамках

одного бредового акта аутоагрессивных и гетероагрессивных действий (случай Я.) соответствует более широкой категории homicide-suicide, психопатологическая структура которой рассматривается в зарубежных обзорных исследованиях психических расстройств у лиц, совершающих убийство с последующим самоубийством [9].

Модель В (эксплозивно-импульсивная), напротив, представляет наибольшую диагностическую сложность для эксперта, поскольку требует дифференцированной оценки вклада алкогольной интоксикации и аффективного напряжения в снижение волевого контроля. Выявленная в настоящем исследовании описательная обратная связь между бредом и опьянением, не достигшая статистической значимости при малом объеме выборки ($p = 0,455$), тем не менее согласуется с гипотезой о существовании двух самостоятельных, не включающих патогенетических путей — бредового и алкогольно-эксплозивного, что согласуется с данными зарубежных авторов о гетерогенности контингента лиц, совершающих самосожжение [7, 8].

Модели С1 и С2 подчёркивают роль депрессивного и стрессового компонента, что соответствует широко описанной в литературе связи между депрессией, хроническим стрессом и суицидальным поведением [2, 3, 12, 13]. Практическое значение этих моделей связано с необходимостью скрининга депрессии за пределами психиатрической сети, в первичном звене здравоохранения.

Модель D иллюстрирует случаи, где кумулятивная социальная депривация выступает самостоятельным суицидогенным фактором, сопоставимым по значимости с психической патологией. Это согласуется с концепцией социально обусловленного суицидального поведения, не сводимого исключительно к нозологической рамке [2].

Ограничения исследования включают малый объем выборки ($n = 11$), что ограничивает возможность применения ряда статистических методов и снижает обобщаемость результатов; ретроспективный характер сбора данных, зависящий от полноты первичной документации и материалов экспертиз; отсутствие группы сравнения (женщины, лица с иными способами суицида); включение единственного нелетального случая наряду с летальными, что требует осторожности при обобщении выводов на всю совокупность актов самосожжения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Самосожжение у мужчин представляет собой психопатологически гетерогенный феномен, в рамках которого выделяются пять клинических профилей, объединяемых в четыре модели: психотическую (А), эксплозивно-импульсивную (В), депрессивно-аффективную и стресс-дезадаптационную (С1/С2), социально-депривационную (D).

2. Ведущим психопатологическим механизмом в исследованной выборке является бредовое или аффективное расстройство, верифицированное в 90,9 % случаев; единственное исключение (модель D) характеризуется отсутствием диагностируемой нозологической единицы при доминировании кумулятивной социальной депривации.

3. Отмечена описательная обратная связь между наличием бредовой симптоматики и алкогольным опьянением на момент акта (точный критерий Фишера, $p = 0,455$ — различие статистически не значимо при $n = 11$), что согласуется с гипотезой о существовании двух самостоятельных патогенетических путей реализации суицидального акта через самосожжение и требует подтверждения на большей выборке.

4. Модель В (эксплозивно-импульсивная) сопряжена с наибольшей диагностической сложностью для судебно-психиатрической экспертизы ввиду необходимости дифференцированной оценки вклада алкогольной интоксикации и аффективного напряжения в способность осознавать и руководить своими действиями.

5. Предложенная типология клинических моделей может быть использована как рабочий инструмент структурирования экспертного анализа случаев самосожжения, определяя объем необходимой диагностической и профилактической работы для каждой модели.

6. Профилактические мишени дифференцируются по модели: психиатрическое наблюдение и лечение бредовых расстройств (А); наркологическая коррекция и работа с криминогенным риском (В); скрининг депрессии в общесоматической сети (С1) и кризисная интервенция (С2); межведомственное социальное сопровождение (D).

Литература

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. — М.: Мз РСФСР, 1980. — 88 с.
2. Положий Б.С. Суицидальное поведение: клинко-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты. — М.: РИПК, 2010. — 232 с.
3. Зотов П.Б., Уманский С.М. Клиника и лечение суицидального поведения. — Тюмень: Печатник, 2021. — 248 с.
4. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии: в 2 т. / под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999.
5. Jeremic J., Bjekic-Macut J., Stjepanovic M. et al. Trend of suicide by self-immolation in a 13-year timeline // *Frontiers in Public Health*. — 2024. — Vol. 12. — Art. 1234584. — DOI: 10.3389/fpubh.2024.1234584.
6. Tambuzzi S., Gentile G., Boracchi M. et al. Is self-immolation still a contemporary phenomenon? // *Journal of Forensic and Legal Medicine*. — 2025. — Vol. 116. — Art. 102985. — DOI: 10.1016/j.jflm.2025.102985.
7. Poeschla B., Combs H., Livingstone S. et al. Self-immolation: socioeconomic, cultural and psychiatric patterns // *Burns*. — 2011. — Vol. 37, № 7. — P. 1049–1057. — DOI: 10.1016/j.burns.2011.01.010.
8. Hahn A. P., Jochai D., Caulfield-Noll C. P. et al. Self-inflicted burns: a systematic review // *Journal of Burn Care & Research*. — 2014. — Vol. 35, № 1. — P. 102–119. — DOI: 10.1097/BCR.0b013e31828b0a46.
9. Roma P., Pazzelli F., Pompili M. et al. Mental illness in homicide-suicide: a review // *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. — 2012. — Vol. 40, № 4. — P. 462–468.
10. Large M.M., Smith G., Nielssen O. The epidemiology of homicide followed by suicide // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. — 2009. — Vol. 39, № 3. — P. 294–306. — DOI: 10.1521/suli.2009.39.3.294.
11. Marzuk P.M., Tardiff K., Hirsch C.S. The epidemiology of murder-suicide // *JAMA*. — 1992. — Vol. 267, № 23. — P. 3179–3183. — DOI: 10.1001/jama.1992.03480230063028.
12. Зотов П.Б., Уманский С.М., Михайлов В.А. Суицидальное поведение в контексте посттравматического стрессового расстройства // *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. — 2024. — № 1. — С. 45–52.
13. Положий Б.С., Куулар Л.Ы. Суицидальное поведение и коморбидные соматические заболевания // *Российский психиатрический журнал*. — 2014. — № 2. — С. 22–28.
14. Меринов А.В., Шишкова И.М., Емец Н.А. и др. Суицид и психиатрия: суицидент скорее болен или скорее здоров // *Суицидология*. — 2024. — Т. 15, № 1. — С. 5–18.

Мозаика психических расстройств старшего возраста

Н.Н. Петрова¹, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Медицинского института СПбГУ (petrova_nn@mail.ru), ORCID: 0000-0003-4096-6208.

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет» Медицинский институт (199106, г. Санкт-Петербург, 21-я линия Васильевского острова, 8А).

В обзоре приведены статистические данные о распространенности психических расстройств (ПР) различной этиологии у пациентов пожилого возраста. Описаны варианты клинической коморбидности и даны рекомендации по безопасной фармакотерапии. Особое внимание уделено оригинальному антипсихотику тиаприду (Тиапридал®, «Сотекс»), который применяется для коррекции поведенческих нарушений при ПР и органических поражениях центральной нервной системы. Клиническими мишенями для тиаприда являются агрессия, раздражительность и психомоторное возбуждение. Терапевтическая эффективность тиаприда в купировании этих симптомов сочетается с благоприятным профилем безопасности, что является преимуществом при применении у пожилых пациентов.

Ключевые слова: психические расстройства, пожилой возраст, коморбидность, эффективная фармакотерапия, профиль безопасности, тиаприд, Тиапридал®.

The mosaic of older mental disorders

N.N. Petrova¹, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology, St. Petersburg State University Medical Institute (petrova_nn@mail.ru), ORCID: 0000-0003-4096-6208.

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Saint Petersburg State University” Medical Institute (199106, Saint Petersburg, 21st line of Vasilievsky Island, 8A).

The review provides statistical data on the prevalence of psychiatric disorders of various etiologies in elderly patients. The variants of clinical comorbidity are described and recommendations for safe pharmacotherapy are given. Special attention is paid to the original antipsychotic tiaprid (Tiapridal®, Sotex), which is used to correct behavioral disorders in mental disorders and organic lesions of the central nervous system. Clinical targets for tiaprid are aggression, irritability, and psychomotor agitation. The therapeutic efficacy of tiaprid in relieving these symptoms is combined with a favorable safety profile, which is an advantage when used in elderly patients.

Keywords: psychiatric disorders, advanced age, comorbidity, effective pharmacotherapy, safety profile, tiaprid, Tiapridal®.

В возрасте 70 лет и старше психическими расстройствами (ПР) страдает около 14,1 % лиц. На долю ПР приходится 6,8 % совокупного бремени лет, прожитых с инвалидностью. Самыми распространенными ПР у пожилых людей являются депрессивные и тревожные расстройства. Каждое шестое самоубийство (16,6 %) совершалось лицом в возрасте от 70 лет и старше [1]. У пожилых людей ПР зачастую не диагностируются и остаются без лечения, чему во многом способствует стигматизация этих заболеваний.

Распространенность депрессии и тревожных расстройств увеличивается с возрастом, что было убедительно продемонстрировано в австралийском популяционном Национальном исследовании психического здоровья и благополучия мужчин и женщин 2020–2021 гг. [2]. Авторы сопоставили данные лонгитюдных исследований для оценки распространенности ПР, начиная с 65 лет, в случайной выборке из 38173 лиц в возрасте 65–85 лет. Результатом исследования была доля участников, страдающих депрессивными

эпизодами или дистимией, биполярным аффективным расстройством (БАР), тревожным расстройством, психотическим расстройством и расстройством, связанным с употреблением алкоголя. Оценки распространенности среди участников в возрасте 65–69, 70–74, 75–79, 80–84 и ≥85 лет составили соответственно:

- 0,9 %, 2,0 %, 3,6 %, 5,8 % и 12,6 % для депрессии,
- 0,2 %, 0,3 %, 0,4 %, 0,4 % и 0,7 % для БАР,
- 0,1 %, 0,5 %, 1,3 %, 2,2 %, 6,9 % для тревожного расстройства,
- 0,2 %, 0,4 %, 0,5 %, 0,4 % и 0,6 % для психоза,
- 1,2 %, 1,7 %, 2,1 %, 2,2 % и 4,2 % для расстройства, связанного с употреблением алкоголя.

По нашим данным, распространенность ПР у пожилых людей в возрасте 65 лет и старше в государствах 10 зоны Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) значительно различается, что подтверждает сложность диагностики ПР в старшем возрасте [3]. В настоящее время оценка рас-

пространенности психических и поведенческих расстройств у пожилых людей затруднена из-за отсутствия стандартизированных форм статистической отчетности по некоторым странам региона. К сожалению, часто отсутствует информация, необходимая для предоставления помощи пожилым людям с проблемами психического здоровья, помимо деменции, включая депрессию, тревогу и шизофрению. Например, в Беларуси распространенность шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств (F20-F29 по МКБ-10) достигла 100,8 на 100 000 населения, невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40-F48) — 159,4, притом, что данные по Казахстану отсутствовали. Распространенность Болезни Альцгеймера (БА) (F00) составила 33,7 в Беларуси и заметно меньше (9,7) в Казахстане. Распространенность сосудистой деменции (F01) и депрессивных расстройств (F32 + F33) в этих странах была сопоставима: 102,4 и 96,9, 20,7 и 18,4 соответственно [3].

На основе кластерного анализа выделены паттерны коморбидности ПР у пожилых людей [4]. Пять различных кластеров характеризуются разными уровнями депрессии и тревоги:

Группа 1 — легкие симптомы депрессии и отсутствие симптомов тревоги;

Группа 2 — острая депрессия и тревога;

Группа 3 — менее выраженные, но стойкие симптомы депрессии и тревоги;

Группа 4 — симптомы тревоги без симптомов депрессии;

Группа 5 — отсутствие симптомов депрессии и тревоги.

Показано, что пациенты из группы 3 были старше, имели более низкие нейропсихологические функции и физическую независимость, проживали одиноко, происходили из неблагополучных регионов. Пациенты из группы 2 отличались в лучшую сторону по показателям нейропсихологических функций, имели большую физическую независимость и более высокий социально-экономический статус. Пациенты группы 5 характеризовались меньшим количеством медицинских диагнозов и назначений, более обеспеченным происхождением, менее уединенным образом жизни и большей физической независимостью. Значительная часть этой группы соответствует кластерам когнитивного здоровья 1 и 3, что указывает на сильную связь между когнитивным и психическим здоровьем в пожилом возрасте. Участники только с симптомами депрессии (группа 1) или тревоги (группа 4) демонстрируют заметные различия. Те, у кого есть симптомы тревоги, связаны с более здоровыми кластерами по другим показателям [4].

В старшем возрасте велик риск суицидального поведения [5]. Установлен прямой параллелизм между ПР, такими как деменция, депрессия, биполярное расстройство или тревога (социофобия) и

распространенностью самоубийств среди пожилых людей [6]. Депрессия — одна из основных причин самоубийств в данной популяции. Мысли о нежелании жить возникают при депрессиях любой тяжести, в том числе и неглубоких. Формирование суицидального поведения при депрессиях позднего возраста происходит с участием факторов позднего возрастного психологического уязвимости, «почвы», подготовленной процессом старения со склонностью к тревожному реагированию, искажению деталей действительности, полиморбидной соматической патологией и когнитивных нарушений [7]. В старшем возрасте риск возникновения суицидных мыслей достигает 51 %, суицидных попыток — 44 %. Депрессивные эпизоды при завершённых суицидах составляют 60 % случаев, причем риск суицида выше при тревожной депрессии по сравнению с не тревожной депрессией [8].

Суицидальные попытки, впервые совершенные в старшем возрасте, рассматривают как продром деменции [9]. Были обследованы 278 взрослых в возрасте старше 50 лет, в том числе 67 пожилых пациентов с депрессией без суицидальных тенденций; 63 пациента с депрессивными мыслями о самоубийстве; 44 — с поздним началом (55+ лет) и 48 — с ранним началом (<55 лет) суицидных попыток, а также 56 лиц контрольной группы. В исследовании применяли батарею нейропсихологического статуса и тест на исполнительные функции Делиса-Каплана. Обе группы суицидных попыток продемонстрировали более низкий уровень исполнительных функций, чем пожилые люди с депрессией без суицидальности. Суицидные попытки старшего возраста были ассоциированы с более низкими показателями общего когнитивного функционирования и скорости обработки информации, чем у пожилых людей с депрессией, не склонных к суициду. Авторы делают вывод, что суицидальное поведение с поздним началом связано с ухудшением показателей в широком диапазоне когнитивных функций, что, возможно, отражает продромальный период деменции.

Известно, что у пациентов с деменцией риск смерти в результате самоубийства увеличивается в 3–10 раз [10]. Особенно повышен риск суицида на ранних стадиях деменции [11]. Диагноз деменции в возрасте до 65 лет, недавний диагноз деменции (в течение последних 12 мес.) независимо предсказывали суицид [12, 13]. Есть данные, что риск суицидных попыток высок для пациентов с недавно установленным диагнозом не только деменции, но и легкого когнитивного расстройства [14]. По данным Национальной системы регистрации насильственной смерти (США) не только деменция, но и бремя ухода за человеком с деменцией может стать причиной суицида. Так, 7 % самоубийств среди лиц в возрасте 65 лет и старше были связаны с ухудшением состояния здоровья в связи с деменцией или трудностями ухода за супругом,

страдающим деменцией. Для лиц в возрасте 75 лет и старше 8–10 % самоубийств были связаны с ухудшением состояния, связанным с деменцией, или уходом за супругом, страдающим деменцией [15].

Большую теоретическую и практическую проблему представляет собой депрессия старшего возраста и ее коморбидность с БА [16]. Поздняя депрессия с когнитивными нарушениями считается модифицируемым фактором риска развития БА, а также, возможно, представляет собой продромальную стадию БА. Veronese с соавт. (2024) подтвердили, что депрессия повышает риск развития деменции, при этом потеря концентрации является наиболее сильным индивидуальным предиктором деменции [17]. Показано, что депрессия связана с повышением риска деменции на 51 %, а лечение депрессии снижает риск развития деменции [18]. Диагноз депрессии связан с трехкратным увеличением риска легкого когнитивного снижения и почти двукратным — риска БА, причем риск возрастает, если пациенты испытывают хронический стресс [19].

Кроме того, депрессия со значительной частотой наблюдается в структуре некогнитивных нарушений при деменции. Не только эпидемиологические, но и биологические данные свидетельствуют, что депрессия повышает риск деменции. Данные метаанализов показывают, что депрессия связана с более чем двукратным увеличением риска деменции, что подтверждает гипотезу причинного фактора. Нейробиологические пути, связанные с депрессией и БА, включают передачу сигналов нейротрофинами, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, клеточный апоптоз, нейровоспаление и другие факторы. Депрессия может быть не только фактором риска развития деменции, но и проявлением её ранних стадий: возможна обратная причинно-следственная связь, когда симптомы депрессии появляются в результате патологии, ведущей к деменции, за годы до появления других клинических признаков. Существует континуум между депрессией и БА, нейродегенерация при БА может предрасполагать к депрессии, депрессия может оказывать влияние на развитие БА, истощая нейропротективную способность мозга, обуславливая более быстрое прогрессирование болезни. Полагают, что раннее начало поздней депрессии — определяемое как начало до 60 лет — увеличивает вероятность развития деменции у предрасположенных лиц, а поздняя депрессия, по-видимому, является продромом и явным ускоряющим фактором когнитивного ухудшения [20].

Наличие ПР в пожилом возрасте ассоциировано с более ранним дебютом деменции. Так, у пациентов с депрессией дебют БА наступал на 2,1 год раньше, у пациентов с тревожными расстройствами — на 3 года раньше, чем у лиц, не имеющих данное заболевание [21].

Следует отметить возможность манифестации тяжелых ПР в старшем возрасте. Например, опи-

саны особенности БАР с поздним началом: менее тяжелая клиническая картина, более выраженный депрессивный темперамент у пациентов, сопутствующее употребление алкоголя и наличие соматических заболеваний [22]. Данные о суицидальности противоречивы: сообщалось как о более высоких, так и о более низких показателях суицидальности при раннем начале по сравнению с поздним началом биполярного расстройства [22].

Серьезной проблемой старшего возраста являются нарушения сна. Общая распространенность расстройств сна у пожилых людей составляет 19,6 % и варьирует в зависимости от размера выборки, используемого возрастного порога и качества исследования [23]. Показано, что бессонница у пожилых людей связана с женским полом, депрессией, тревогой, сердечно-сосудистыми, респираторными и болевыми расстройствами.

Продemonстрировано, что пациенты с деменцией характеризуются повышенной частотой психиатрических заболеваний в целом, причем они чаще регистрируются и до развития деменции [24]. Проанализированы данные 796 505 человек (средний возраст 80 лет; 56,4 % женщины), из которых 209 245 имели деменцию. Большая частота психиатрических заболеваний регистрировалась уже за 3 года до диагностики деменции. Частота психиатрических заболеваний достигала пика в течение 1 недели после диагностики деменции и несколько снижалась впоследствии. Результаты не отличались у пациентов с различными вариантами деменции (БА, деменцией смешанного типа, сосудистой деменцией).

В структуре ПР у пациентов с БА преобладали депрессивные (43,3 %) и тревожные расстройства (32,3 %). Частота биполярного расстройства, посттравматического стрессового расстройства и шизофрении была сопоставима и составила примерно 1 % [21].

Психотические нарушения относятся к числу наиболее тяжелых и разрушительных симптомов деменции. К критериям психозов при деменции относят: возникновение психоза после начала деменции, преобладание зрительных галлюцинаций, относительное отсутствие сложных бредовых идей и др. расстройств мышления. Допускаются досимптоматические случаи психотических расстройств, когда психоз может быть первым клиническим проявлением когнитивного расстройства, при этом доклиническая стадия заболевания должна быть подтверждена биомаркерами [25, 26].

Распространенность психотических расстройств при БА колеблется от 22,5 % до 54,1 %, при деменции с тельцами Леви от 55,9 % до 73,9 %, при лобновисочной деменции от 18 % до 42 % [27, 28].

Распространенность бредовых идей и галлюцинаций при разных видах деменции различается. Если при БА параноидные идеи составляют 10–39 %, то при деменции с тельцами Леви — 40–57 % случаев. Галлюцинации при сосудистой де-

менции встречаются в 5–14 % случаев, а при деменции при болезни Паркинсона — 32–63 % [25, 28].

Иллюстрацией психотических расстройств при деменции может служить клиническая картина психоза при БА [27]. Психоз может возникать как часть нейродегенеративного процесса, предшествующего деменции, на стадии легких когнитивных нарушений или даже раньше. На основе кластерного и факторного анализа бредовые идеи были разделены на два подтипа: параноидные (преследования, ущерба, ревности) и ложного узнавания (неспособность узнать свой дом (редупликативная парамнезия), вера в то, что в доме кто-то живет (синдром фантомной границы); представления о том, что близкие человека — самозванцы или что они меняют внешность (синдромы Капгра и Фреголи), вера в то, что персонажи на телевидении реальны, неспособность узнать себя в зеркале). Характерны зрительные галлюцинации (слуховые галлюцинации встречаются реже). Отмечена высокая степень ассоциации между бредом и галлюцинациями, но у 10–20 % пациентов наблюдаются только галлюцинации без бреда. Симптомы К. Шнайдера наблюдаются крайне редко [27].

Неоднозначным можно считать отнесение феномена ложного узнавания к патологии мышления, а не к расстройствам памяти.

Терапия ПР в старшем возрасте сопряжена со значительными трудностями. Согласно критериям Бирса Американского гериатрического общества [29], перечень вызывающих особую обеспокоенность и часто назначаемых взрослым в возрасте 65 лет и старше препаратов, включает: антидепрессанты, антипсихотики, анксиолитики и снотворные. Исследование Кирилочева с соавт. (2020) было выявлено 490 случаев назначений потенциально не рекомендованных лекарственных препаратов в соответствии с критериями STOPP / START (Screening Tool of Older People's Prescriptions / Screening Tool to Alert to Right Treatment) [30]. В качестве психофармакотерапии первой линии применяли психотропные препараты фенотиазинового ряда, центральные холиноблокаторы для лечения экстрапирамидных симптомов, связанных с приемом антипсихотиков, в том числе и у больных с деменцией, а также некоторые другие не рекомендованные препараты, влияющие на центральную нервную систему (ЦНС) (30,6 %). Одновременное применение двух или более препаратов с антихолинергическими свойствами составило 6,3 % случаев. В связи с этим выбор психотропных препаратов должен осуществляться с учетом не только эффективности, но и, прежде всего, безопасности терапии.

Тиапридал® — оригинальный тиаприд, эффективность и безопасность которого доказана в многочисленных клинических исследованиях. В показаниях к применению Тиапридала® — купирование психотических расстройств у пожилых

пациентов [31]. Клинические ниши для применения тиаприда: коррекция поведенческих нарушений при различных ПР и органических поражениях ЦНС. Мишенями его воздействия служат агрессия, раздражительность, психомоторное возбуждение. Международное, двойное слепое РКИ эффективности и безопасности тиаприда в сравнении с галоперидолом и плацебо у пожилых пациентов с агрессией и ажитацией и когнитивными нарушениями продемонстрировало, что тиаприд так же эффективен у пожилых, как галоперидол и существенно лучше переносится [32]. Частота ответа на терапию составила для тиаприда 63 %, для галоперидола — 69 % и 49 % — для плацебо. Частота нежелательных реакций наблюдалась в 61, 76 и 67 % случаев соответственно. Механизм действия тиаприда заключается в селективной блокаде D2/D3-рецепторов. Блокада D2/D3-рецепторов лимбической системы ведет к коррекции эмоциональных нарушений. Селективная блокада этих рецепторов в области стриатума ассоциирована с низким риском экстрапирамидных нарушений, а в префронтальной коре — с отсутствием когнитивных нарушений на фоне приема тиаприда. К преимуществам тиаприда относят отсутствие холинолитических эффектов, гепатотоксичности. Препарат незначительно влияет на артериальное давление и не вызывает коллаптоидных состояний. Следует отметить, что препарат доступен не только в таблетированной форме, но может вводиться внутримышечно или внутривенно. Предпочтительным является внутримышечный способ введения, так как при нём наблюдается меньше нежелательных реакций. В старшем возрасте для пациентов характерна полиморбидность, в связи с чем низкий риск лекарственных взаимодействий при применении тиаприда — важный фактор выбора именно этого препарата для лечения ПР в старшем возрасте.

Следует подчеркнуть, что безопасность лекарственной терапии пожилых пациентов с ПР — важнейшее условие рационального лечения. Решение этой задачи представляет сложности, так как и возраст, и ведущая патология оказывают непосредственное воздействие на риск развития неблагоприятных лекарственных реакций. С одной стороны, возрастные изменения в организме, существенно влияющие на фармакокинетику и фармакодинамику лекарственных препаратов, сопутствующие заболевания, потенциальные межлекарственные взаимодействия вследствие полипрагмазии способствуют увеличению частоты побочных эффектов по сравнению с таковой у молодых пациентов [34]. С другой стороны, наличие хронического психического заболевания является одним из факторов необоснованного назначения большого количества лекарственных препаратов и увеличения риска неблагоприятных лекарственных реакций, а сочетание психической и соматической патологии осложняет фармакотерапию геронтологических больных [35].

На основании приведенных клинических данных можно сделать вывод о том, что благоприятный фармакокинетический и фармакодинамический профиль, а также безопасность препарата Тиапридал®, оптимальны для коррекции поведенческих нарушений у пациентов пожилого возраста при различных ПР и органических поражениях ЦНС.

Литература

- GBD 2021 ASEAN Mental Disorders Collaborators. The epidemiology and burden of ten mental disorders in countries of the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN), 1990-2021: findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Public Health*. 2025 Jun;10(6):e480-e491. doi: 10.1016/S2468-2667(25)00098-2. PMID: 40441815; PMCID: PMC12127263.
- Almeida O.P., Hankey G.J., Yeap B.B., Gollidge J., Etherton-Beer C., Robinson S., Flicker L. Prevalence of mental disorders among older Australians: Contrasting evidence from the 2020-2021 National Study of Mental Health and Wellbeing among men and women and the Health In Men Data Linkage Study. *Australas Psychiatry*. 2023 Dec;31(6):818-823. doi: 10.1177/10398562231191692. Epub 2023 Jul 26. PMID: 37496324; PMCID: PMC11184904.
- Skugarevsky O., Petrova N., Neznanov N.G., Altynbekov K., Ashurov Z., Panteleeva L., Ismayilov N., Galako T., Ismayilova J., Semenova N.V., Lyan Y., Chumakov E. Mental healthcare for older adults among countries in World Psychiatric Association Zone 10. *East Asian Arch Psychiatry*. 2024 Sep;34(3):70-73. doi: 10.12809/eaap2415. PMID: 39627657.
- Tobin J., Black M., Ng J., Rankin D., Wallace J., Hughes C., Hoey L., Moore A., Wang J., Horigan G., Carlin P., McNulty H., Molloy A.M., Zhang M. Identifying comorbidity patterns of mental health disorders in community-dwelling older adults: a cluster analysis. *BMC Geriatr*. 2025 Apr 9;25(1):235. doi: 10.1186/s12877-025-05815-x. PMID: 40205337; PMCID: PMC11984029.
- Veisani Y., Mohamadian F., Delpisheh A. Prevalence and comorbidity of common mental disorders and associations with suicidal ideation in the adult population // *Epidemiol Health*. 2017. Vol. 39.
- Kulak-Bejda A., Bejda G., Waszkiewicz N. Mental Disorders, Cognitive Impairment and the Risk of Suicide in Older Adults. *Front Psychiatry*. 2021 Aug 25;12:695286. doi: 10.3389/fpsy.2021.695286.
- Valera Ortín J., Lucerón Lucas-Torres M.I. Factores relacionados con el suicidio en personas mayores: una revisión sistemática [Suicide related factors in the elderly: A systematic review.]. *Rev Esp Salud Publica*. 2021 Oct 8;95:e202110166.
- Петрова Н.Н. Психические нарушения в позднем возрасте. «Гериятрия. Национальное руководство» 2-е издание переработанное и дополненное. ГЭОТАР-Медиа, 2023. С.337-381.
- Gujral S., Butters M.A., Dombrowski A.Y., Szanto K. Late-Onset Suicide: A Dementia Prodrome? *Am J Geriatr Psychiatry*. 2021 Jul;29(7):709-713. doi: 10.1016/j.jagp.2020.12.004. Epub 2020 Dec 9. PMID: 33317918; PMCID: PMC8187470.
- Erlangsen A., Zarit S.H., Conwell Y. Hospital-diagnosed dementia and suicide: a longitudinal study using prospective, nationwide register data. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008;16(3):220-228.
- Conejero I., Navucet S., Keller J., Olin E., Courtet P., Gabelle A. A complex relationship between suicide, dementia, and amyloid: a narrative review. *Front Neurosci*. 2018;12:371.
- Allothman D., Card T., Lewis S., Tyrrell E., Fogarty A.W., Marshall C.R. Risk of Suicide After Dementia Diagnosis. *JAMA Neurol*. 2022 Oct 3;79(11):1148-54. doi: 10.1001/jamaneurol.2022.3094. Epub ahead of print. PMID: 36190708; PMCID: PMC9531071.
- Choi J.W., Lee K.S., Han E. Suicide risk within 1 year of dementia diagnosis in older adults: a nationwide retrospective cohort study. *J Psychiatry Neurosci*. 2021 Jan 4;46(1):E119-E127. doi: 10.1503/jpn.190219. PMID: 33119492; PMCID: PMC7955848.
- Kong J.W., Park J.Y. Understanding Suicide Risk in People with Dementia and Family Caregivers in South Korea: A Systematic Review. *Behav Sci (Basel)*. 2022 Apr 6;12(4):97. doi: 10.3390/bs12040097. PMID: 35447669; PMCID: PMC9027639.
- Pochon S. 73rd Annual Meeting of the American Academy of Neurology (AAN 2021): 17-22 April 2021. *Pharmaceut Med*. 2021 May;35(3):187-191. doi: 10.1007/s40290-021-00391-y. PMID: 34047998; PMCID: PMC8160392.
- Huang Y.Y., Gan Y.H., Yang L., Cheng W., Yu J.T. Depression in Alzheimer's Disease: Epidemiology, Mechanisms, and Treatment. *Biol Psychiatry*. 2024 Jun 1;95(11):992-1005. doi: 10.1016/j.biopsych.2023.10.008.
- Veronese N., Smith L., Koyanagi A., Soysal P., Mueller C., Errera C.M., Vassallo G., Vernuccio L., Catanese G., Solmi M., Dominguez L.J., Barbagallo M. Association between depression and incident dementia: Longitudinal findings from the share study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2024 Jul;39(7):e6121. doi: 10.1002/gps.6121. PMID: 38970170.
- Yang L., Deng Y.T., Leng Y., Ou Y.N., Li Y.Z., Chen S.D., He X.Y., Wu B.S., Huang S.Y., Zhang Y.R., Kuo K., Feng W., Dong Q., Feng J.F., Suckling J., Smith A.D., Li F., Cheng W., Yu J.T. Depression, Depression Treatments, and Risk of Incident Dementia: A Prospective Cohort Study of 354,313 Participants. *Biol Psychiatry*. 2023 May 1;93(9):802-809. doi: 10.1016/j.biopsych.2022.08.026. Epub 2022 Sep 5. PMID: 36526487.
- Wallenstein J., Ljunggren G., Nager A., Wachtler C., Bogdanovic N., Petrovic P., Carlsson A.C. Stress, depression, and risk of dementia — a cohort study in the total population between 18 and 65 years old in Region Stockholm. *Alzheimers Res Ther*. 2023 Oct 2;15(1):161. doi: 10.1186/s13195-023-01308-4. PMID: 37779209; PMCID: PMC10544453.
- Петрова Н.Н. Коморбидность депрессии и деменции: эпидемиологические, биологические и терапевтические аспекты. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(11):113-121.
- Pochon S. 73rd Annual Meeting of the American Academy of Neurology (AAN 2021): 17-22 April 2021. *Pharmaceut Med*. 2021 May;35(3):187-191. doi: 10.1007/s40290-021-00391-y. PMID: 34047998; PMCID: PMC8160392.
- Azorin J.M., Bellivier F., Kaladjian A., Adida M., Belzeaux R., Fakra E., Hantouche E., Lancrenon S., Golmard J.L. Characteristics and profiles of bipolar I patients according to age-at-onset: Findings from an admixture analysis. *J Affect. Disord*. 2013, 150, 993-1000.
- Endomba F.T., Tchegbena P.Y., Chiabi E., Angong Wouna D.L., Guillet C., Chauvet-Gelinier J.C. Epidemiology of insomnia disorder in older persons according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: a systematic review and meta-analysis. *Eur Geriatr Med*. 2023 Dec;14(6):1261-1272. doi: 10.1007/s41999-023-00862-2. Epub 2023 Sep 19. PMID: 37725311.
- Mo M., et al. *JAMA Netw Open*. 2023;6(10):e2338080. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.38080.
- Cressot C., Vrillon A., Lilamand M., et al. Psychosis in Neurodegenerative Dementias: A Systematic Comparative Review. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2024;99(1):85-99. doi:10.3233/JAD-231363.
- Morrow C.B., Pontone G.M. Exploring Psychosis in Neurodegenerative Dementia: Connecting Symptoms to Neurobiology. *J Alzheimers Dis*. 2024;99(1):101-103. doi: 10.3233/JAD-240328. PMID: 38669552.
- Agüera-Ortiz L., Babulal G.M., Bruneau M.A., Creese B., D'Antonio F., Fischer C.E., Gatchel J.R., Ismail I., Kumar S., McGeown W.J., Mortby M.E., Nuñez N.A., de Oliveira F.F., Pereiro A.X., Ravona-Springer R., Rouse H.J., Wang H., Lanctôt K.L. Psychosis as a Treatment Target in Dementia: A Roadmap for Designing Interventions. *J Alzheimers Dis*. 2022;88(4):1203-1228. doi: 10.3233/JAD-215483. PMID: 35786651; PMCID: PMC9484097.
- Cummings J.L., Devanand D.P., Stahl S.M. Dementia-related psychosis and the potential role for pimavanserin. *CNS Spectr*. 2022 Feb;27(1):7-15. doi: 10.1017/S1092852920001765.
- The 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2023;71(7):2052-2081. doi:10.1111/jgs.18372.
- Кирилочев О.О., Умерова А.Р., Дорфман И.П., Батаева С.Е. Некоторые аспекты безопасности фармакотерапии пожилых пациентов с психическими заболеваниями. *Клин фармакол тер* 2020;29(1):80-84.
- Морозов П.В., Быков Ю.В., Беккер Р.А. Безопасность и эффективность тиаприда (препарат Тиапридал®) в геронтологической практике и обзор новейших данных. *Психиатрия и психофармакология*. 2020; Т22.№5.
- Allain H., Dautzenberg P.H., Maurer K., Schuck S., Bonhomme D., Gérard D. Double blind study of tiapride versus haloperidol and placebo in agitation and aggressiveness in elderly patients with cognitive impairment. *Psychopharmacology (Berl)*. 2000 Mar;148(4):361-6. doi: 10.1007/s002130050064. PMID: 10928308.
- Быков Ю.В., Беккер Р.А. Клиническая эффективность Тиапридала (тиаприда) в психиатрии, неврологии и общесоматической медицине. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2019;4: ИМП препарата Тиапридал®.
- Beijer H.J.M., de Blaey C.J. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. *Pharm World Sci PWS* 2002;24(2):46-54.
- Halli-Tierney A.D., Scarbrough C., Carroll D. Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing. *Am Fam Physician* 2019;100(1):32-8.

Дифференциальная диагностика преморбидных и посттравматических изменений личности у пациентов со спинномозговой травмой: междисциплинарный подход

С.А. Самара¹, клинический психолог, нейропсихолог, нейрореабилитолог (samara@metelitsa-team.ru).

¹Международная общественная организация «Международный полярный экспедиционно-спортивный центр «Метелица» (108848, г. Москва, вн. тер. г. поселение Филимонковское, ул. Золотошвейная, д. 2, кв. 55).

В современной реабилитации все большее признание получает положение о том, что психологический статус пациента после спинномозговой травмы (СМТ) и других неврологических нарушений является не просто сопутствующим фактором, а критическим модулятором нейропластичности, моторного обучения и функционального исхода. Неточная или запоздавшая диагностика аффективных, когнитивных и соматоформных расстройств приводит к формированию «плато восстановления», которое может быть ошибочно интерпретировано как исчерпание нейробиологического резерва. Данная статья обосновывает необходимость профессионального, инструментального и мультидисциплинарного определения психологического статуса на всех этапах реабилитации, а также определяет функции клинического психолога как ключевого члена реабилитационной и нейрореабилитационной команды.

Ключевые слова: спинномозговая травма, реабилитация, клинический психолог, психологический статус.

Differential Diagnosis of Premorbid and Posttraumatic Personality Changes in Patients with Spinal Cord Injury: An Interdisciplinary Approach

S.A. Samara¹, clinical psychologist, neuropsychologist, neurorehabilitologist (samara@metelitsa-team.ru).

¹International Public organization "International Polar Expedition and Sports Center "Metelitsa" (108848, Moscow, ext. ter., Filimonkovskoye settlement, Zolotoshveynaya str., 2 kv. 55).

In modern rehabilitation, the position that the psychological status of a patient after spinal cord injury (SCI) and other neurological disorders is not just a concomitant factor, but a critical modulator of neuroplasticity, motor learning and functional outcome, is increasingly recognized. Inaccurate or delayed diagnosis of affective, cognitive, and somatoform disorders leads to the formation of a "recovery plateau," which can be mistakenly interpreted as the depletion of neurobiological reserves. This article highlights the importance of a professional, instrumental, and multidimensional assessment of psychological status at all stages of rehabilitation, as well as the role of the clinical psychologist as a key member of the rehabilitation and neurorehabilitation team.

Keywords: spinal cord injury, rehabilitation, clinical psychologist, psychological status.

ВВЕДЕНИЕ

Восстановление после спинномозговой травмы (СМТ) — это абсолютно нелинейный процесс, где граница между «биологически возможным» и «психологически достигнутым» часто размывается. Невролог видит результат функциональных тестов: объем движений, силу мышц, скорость проведения импульсов. Но эти показатели только ширма, за которой скрыты когнитивные стратегии, эмоциональная регуляция, мотивационные установки и переживание боли. Если психологический статус пациента не измерен объективно и не учтен при планировании реабилитации, ресурсы организма остаются неиспользованными. Цель данной работы — доказать, что профессиональная диагностика психологического статуса является не опциональным дополнением, а фундаментальным условием достижения максимально возможного восстановления.

1. ПОЧЕМУ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС — МЕДИЦИНСКИ РЕЛЕВАНТНЫЙ ПАРАМЕТР

В неврологии долгое время сохранялось имплицитное разделение: есть «органическое» (повреждение ткани) и «функциональное» (то, что пациент «может сделать»). Однако нейровизуализация и нейрофизиология последних лет показывают, что депрессия, тревога и катастрофизация боли имеют измеримые биологические корреляты: снижение активации премоторной коры, ослабление кортикоспинальной возбудимости, нарушение функциональной связности сети пассивного режима работы мозга. Эти изменения напрямую ограничивают нейропластичность.

Например, пациент с легкой депрессией после инсульта может демонстрировать на 30–40 % меньший функциональный ответ на те же дозы физической терапии по сравнению с пациентом без депрессии. Если психологический статус

не измерен, клиницист может сделать ошибочный вывод о том, что нейрофизиологический резерв исчерпан, и снизить интенсивность реабилитации. Таким образом, точное определение статуса позволяет:

- дифференцировать истинное функциональное плато от псевдоплато на фоне депрессии или тревоги;
- персонализировать нейрореабилитационные протоколы (например, добавить когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) или фармакотерапию селективными ингибиторами обратного захвата серотонина);
- прогнозировать темп, объем и глубину восстановления, а не констатировать результат *post factum*.

2. КЛЮЧЕВЫЕ ДОМЕНЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА, ТРЕБУЮЩИЕ ОЦЕНКИ

Клинический психолог в области реабилитации должен проводить системную оценку по следующим осям:

2.1 Аффективный домен — уровень депрессии (шкала Бека II, HADS-D), тревоги (шкала Гамильтона), посттравматического стресса (IES-R). Важно не просто констатировать наличие симптомов, а выявить их влияние на мотивацию к действию и на «внутреннюю картину болезни» (лауреационная концепция В.В. Николаевой).

2.2 Когнитивно-оценочный домен — уровень катастрофизации боли (шкала катастрофизации боли Салливана), локус контроля (ощущение контроля над восстановлением), иррациональные убеждения («движение вредно», «полное восстановление невозможно»). Эти параметры предсказывают комплаентность и готовность к активной работе.

2.3 Сомато-перцептивный домен — качество телесного осознания (осознание сигналов от парализованной зоны), феномен членовредительской агнозии или телесной диссоциации. Оценка проводится с помощью опросников «схемы тела» (Body Awareness Questionnaire) и клинического интервью.

2.4 Мотивационно-смысловой домен — ценность реабилитации в субъективной структуре жизни пациента, готовность к долгосрочным усилиям, наличие суицидальных мыслей, что является маркером риска отказа от лечения.

3. ИНСТРУМЕНТАРИЙ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА: ОТ СКРИНИНГА К ГЛУБОКОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Роль психолога не исчерпывается проведением опросников. Профессиональная диагностика включает:

- Полуструктурированное клиническое интервью (например, SCID-5) для выявления скрытых расстройств, которые могут маскироваться под соматическую симптоматику.

- Поведенческие наблюдения: отказ от выполнения упражнений, отсутствие инициативы, использование избегающих стратегий во время сессий.

- Психометрическую оценку на разных этапах реабилитации (до начала терапии, через 4 недели, после курса). Динамика психологического статуса может служить предиктором функционального восстановления.

- Оценку экологической валидности: как психологические факторы проявляются в реальной двигательной активности пациента (например, с помощью дневников или актиграфии).

Важно подчеркнуть: психолог не должен заменять врача, но он обязан обеспечить врача интерпретируемой информацией о том, *почему* пациент не прогрессирует.

4. Клинический случай как иллюстрация

Пациент, 33 года, после травмы шейного отдела спинного мозга (уровень C5-6). Через полгода реабилитации невролог зафиксировал отсутствие прогресса в развитии мелкой моторики. Поверхностная оценка тревоги и депрессии была отрицательной (пациент утверждал, что чувствует себя нормально). Однако глубокая диагностика (шкала катастрофизации боли + проективное интервью) выявила выраженную катастрофизацию не только боли, но и страха падения из инвалидной коляски (баллы 45/52). Пациент подсознательно избегал движений, связанных с наклоном корпуса. После 4 сессий когнитивно-поведенческой терапии 2 эмоционально-образной терапии, направленных на реструктуризацию страха, и введения градуированной экспозиции к движению, через месяц наблюдалось улучшение мелкой моторики на 15 %. Изменение психологического статуса позволило «разблокировать» нейрофизиологический резерв.

5. Роль психолога в мультидисциплинарной команде

В рамках реабилитационной бригады клинический психолог выполняет следующие функции:

- Диагностическая: точная идентификация психологических блоков.

- Мониторинговая: отслеживание динамики психологического статуса и оперативная коррекция плана.

- Консультативная: предоставление врачам и физическим терапевтам «кода для разблокировки» пациента (например: «сейчас эффективнее снизить скорость упражнений и добавить релаксацию, так как у пациента пик тревоги после утренних процедур»).

- Интервенционная: проведение КПТ, телесно-ориентированной терапии, тренировки осознанного движения (mindfulness-based movement).
- Профилактическая: предотвращение развития абулии (полного отказа от реабилитации) и суицидального поведения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психологический статус пациента после СМТ и других неврологических нарушений — не мягкий, а твердый медицинский факт, который поддается измерению и коррекции. Без его профессионального и точного определения реабилитация остается слепой: невролог лечит поврежденный нерв, не зная, почему пациент не отвечает на стимуляцию. Клинический психолог, вооруженный диагностическим инструментарием и терапевтическими техниками, превращается в ключевого интерпретатора «языка поведения» пациента. Поэтому интеграция психолога в реабилитационную команду — не организационный компромисс, а нейрофизиологическая необходимость. Точная диагностика психологического статуса — это не роскошь, а фундамент персонализированной, эффективной восстановительной медицины и инструмент экономической эффективности, за счет ускорения реабилитационных процессов.

Литература

1. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Изд-во МГУ, 1973. — 374 С.
2. Лезак М.Д., Хоуисон Д.Б., Биглер Э.Д., Транел Д. Нейропсихологическая оценка (5-е изд.). Oxford University Press, 2012. — 1200 С.
3. Пригатано Дж.П. Принципы нейропсихологической реабилитации. Oxford University Press, 1999. — 374 С.
4. Стасс Д.Т., Левин Б. Клиническая нейропсихология взрослых: уроки изучения лобных долей. Annual Review of Psychology, 2002. — 53, С. 401–433.
5. МакКрей Р.Р., Коста П.Т. Личность во взрослом возрасте: перспектива теории пяти факторов (2-е изд.). Guilford Press, 2003. — 268 С.
6. Каплан Б., Шектер, Дж. Роль преморбидной личности в нейропсихологической оценке. Neuropsychology Review, 1995. — 5(3), С.183–200.
7. Куртц Дж.Э., Шеркер Дж.Л. Преморбидная личность и психиатрические симптомы у пациентов реабилитационного профиля. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 2003. — 10(3), С. 195–203.
8. Богод Н.М., Матир К.А., МакДональд С.У.С. Самосознание после черепно-мозговой травмы: сравнение методов измерения и их связь с исполнительными функциями. Journal of the International Neuropsychological Society, 2003. — 9(3), С.450–461.
9. Миллер Л. Психотерапия пациента с повреждением мозга: восстановление разрушенного «Я». W.W. Norton & Company. 1993. — 265 С.
10. Доброхотова Т.А., Зайцев О.С. Психические нарушения при поражениях головного мозга: руководство. М.: Бином. Лаборатория знаний, 2008. — 368 С.

Клинический случай комплексной терапии хронической мигрени

М.И. Белоус¹, врач-невролог (marina.belous.86@mail.ru), ORCID: 0009-0003-4062-2592;

И.М. Волгина², кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии ФГАОУ ВО «Государственный университет просвещения» (dr.irinavolgina@yandex.ru), ORCID: 0000-0001-5384-335X;

А.А. Павлова², студентка ФГАОУ ВО «Государственный университет просвещения» (kikika173@gmail.com), ORCID: 0009-0002-6966-2216.

¹ ООО «Клиника №1» (249037, Калужская область, г. Обнинск, проспект Ленина, д. 74в);

² Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Государственный университет просвещения» (105005, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Басманный, ул. Радио, д. 10А, стр. 2).

Мигрень — это хроническое заболевание с генетической предрасположенностью, главным симптомом которого служит интенсивная головная боль. Диагностика и терапия мигрени имеет ряд трудностей, следствием чего становится позднее выявление заболевания на этапе хронической формы, трудно поддающейся стандартному лечению.

Рассматриваемый клинический случай наглядно демонстрирует трудности диагностики и лечения хронической мигрени, необходимость комплексного подхода в ведении таких пациентов, повышения осведомленности о заболевании и приверженности пациентов к его лечению.

Ключевые слова: мигрень, ботулинотерапия, психотерапия, психофармакология.

A clinical case of chronic migraine complex therapy

M.I. Belous¹, neurologist (marina.belous.86@mail.ru), ORCID: 0009-0003-4062-2592;

I.M. Volgina², PhD in Medicine, associate professor of the Department of Therapy at the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education 'State University of Education' (dr.irinavolgina@yandex.ru), ORCID: 0000-0001-5384-335X;

A.A. Pavlova², student at the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education 'State University of Education' (kikika173@gmail.com), ORCID: 0009-0002-6966-2216.

¹ LLC «Clinic No.1» (249037, Kaluga Region, Obninsk, Lenin Avenue, 74v);

² Federal State University of Education (105005, Moscow, within the territory of the Basmanny municipal district, Radio Street, 10A, building 2).

Migraine is a chronic disease with a genetic predisposition, the main symptom of which is an intense headache. Diagnosis and therapy of migraine has some difficulties, so results of it is a late detection of the disease at the stage of its chronic form, which is difficult to treat with standard treatment.

The clinical case in question clearly demonstrates the difficulties of diagnosing and treating chronic migraine, the need for an integrated approach in the management of such patients, need to raise awareness of the disease and increase patient treatment adherence.

Keywords: migraine, botulinum therapy, psychotherapy, psychopharmacology.

Мигрень — хроническое заболевание с наследственной предрасположенностью, занимающее одно из ведущих мест в структуре первичных цефалгий. Несмотря на типичную клиническую картину, диагностика и лечение мигрени нередко затруднены и имеют ряд сложностей из-за фенотипического полиморфизма и отсутствия опыта ведения таких пациентов у практикующих врачей. В результате к моменту установки диагноза пациенты часто уже имеют хроническую форму мигрени, которая может быть резистентной лечению.

Центральным звеном патогенеза была признана тригеминоvascularная система (ТВС), активация которой сопровождается высвобождением

из периваскулярных окончаний вазоактивных нейропептидов — прежде всего кальцитонин-ген-родственного пептида (CGRP), а также нейрокинина А и субстанции Р. Возникающие вслед за этим вазодилатация и нейрогенное воспаление активируют болевые рецепторы в стенке сосудов твердой мозговой оболочки — ноцицептивные импульсы поступают в сенсорную кору, формируя ощущение пульсирующей головной боли.

Гипоталамус повышает восприимчивость менингеальных ноцицепторов и способствует высвобождению CGRP и других вазоактивных медиаторов из терминалей тройничного нерва, что инициирует тригеминоvascularную реакцию [1, 2].

Во время болевой фазы мигрени у пациентов происходит высвобождение вазоактивных пептидов в экстрацеребральное сосудистое русло. В настоящее время пептид, связанный с геном кальцитонина (CGRP), рассматривается как ключевой медиатор, определяющий развитие острого приступа. Данная позиция послужила обоснованием для разработки таргетной терапии, включая применение гепантов (антагонистов CGRP-рецепторов) и моноклональных антител к CGRP или его рецептору [3].

Мигрень клинически проявляется приступами пульсирующей односторонней головной боли, продолжительностью от 4 до 72 часов, которая сопровождается повышенной чувствительностью к свету, звуку, тошнотой и/или рвотой.

Мигрень без ауры проявляется повторяющимися приступами интенсивной, чаще односторонней пульсирующей головной болью преимущественно в области виска, глаза и темени, но нередко может начинаться в области затылка. Она часто сопровождается тошнотой, рвотой, повышенной чувствительностью к свету, звукам и усиливается при физической нагрузке. Продолжительность приступа — от 4 часов до 3 суток. Мигрени с аурой предшествуют преходящие неврологические нарушения, отмечаются полностью обратимые зрительные, чувствительные и/или речевые симптомы. При мигрени со стволовой аурой возникают два или более полностью обратимых стволовых симптома: дизартрия, головокружение, шум в ушах, снижение слуха, диплопия, атаксия, изменение уровня сознания.

При эпизодической мигрени частота приступов с головной болью колеблется от 1 дня в год до 14 дней в месяц, при хронической мигрени — от 15 и более дней с головной болью в месяц.

Диагностика мигрени основана на клинических критериях согласно Международной классификации головной боли (МКГБ-3). Поскольку диагностика мигрени является клинической, лабораторные методы не являются обязательными, а инструментальные исследования у пациентов с мигренью не информативны, поскольку не выявляют специфических для мигрени изменений.

В первую очередь мигрень следует дифференцировать с головной болью напряжения, новой ежедневной персистирующей головной болью, другими тригеминальными вегетативными цефалгиями (кластерная головная боль, хроническая пароксизмальная гемикрания), транзиторными ишемическими атаками и эпилептическими приступами [4, 5].

Лечение заболевания заключается в купировании самих приступов и профилактическом лечении. Помимо традиционных нестероидных противовоспалительных средств, для купирования приступа используют специфические классы лекарственных средств в комбинации с антиэме-

тиками — триптаны (агонисты серотониновых 5-HT_{1B/1D}-рецепторов), а также гепанты и дитаны. Их эффективность подтверждена, в частности, результатами метаанализа, проведенного Yang C.P., в который было включено 64 рандомизированных клинических исследований (46 442 участника; 74–87 % женщин; возрастной диапазон 36–43 года) [6]. Большинство из включенных методов лечения были связаны с уменьшением боли через 2 часа по сравнению с плацебо. Большинство применений триптанов были связаны с более высокой степенью обезболивания через 2 часа по сравнению с лазмидитаном (от 1,72 [95 % доверительный интервал (ДИ) 1,06–2,80] до 3,40 [95 % ДИ 2,12–5,44]), римегепантом (от 1,58 [95 % ДИ 1,07–2,33] до 3,13 [95 % ДИ 2,16–4,52]) и уброгепантом (от 1,54 [95 % ДИ 1,00–2,37] до 3,05 [95 % ДИ 2,02–4,60]). У большинства триптанов наблюдался более высокий показатель обезболивания через 2 часа по сравнению с лазмидитаном (от 1,46 [95 % ДИ 1,09–1,96] до 3,31 [95 % ДИ 2,41–4,55]), римегепантом (от 1,33 [95 % ДИ 1,01–1,76] до 3,01 [95 % ДИ 2,33–3,88]) и уброгепантом (от 1,38 [95 % ДИ 1,02–1,88] до 3,13 [95 % ДИ 2,35–4,15]). Сравнение между лазмидитаном, римегепантом и уброгепантом не было статистически значимым как в отношении устранения боли, так и в отношении обезболивания через 2 часа. Лазмидитан был связан с самым высоким риском любых побочных эффектов, а некоторые триптаны (ризатриптан, суматриптан и золмитриптан) также были связаны с более высоким риском любых побочных эффектов, чем антагонисты пептидов, связанных с геном кальцитонина.

Профилактическое лечение мигрени начинают при наличии 3 и более тяжелых приступов мигрени в месяц, при условии их адекватного купирования, а также при наличии 8 и более дней с головной болью в месяц, при наличии пролонгированной ауры. Кроме того, профилактическое лечение начинают при неэффективности препаратов для купирования приступов, при наличии лекарственного злоупотребления, тяжелых коморбидных нарушениях. Используют следующие группы препаратов: бета-адреноблокаторы, антиконвульсанты, антидепрессанты, антагонисты рецепторов ангиотензина II, ботулинический нейротоксин, моноклональные антитела, гепанты; применяют когнитивно-поведенческую терапию (КПТ).

Особое место в терапии хронической мигрени занимает ботулинический токсин типа А — гемагглютинин комплекс, который рекомендуется для профилактики хронической мигрени как препарат первого выбора [7]. Так, например, эффективность ботулотоксина была подтверждена объединенной выборке (N = 1384; принимавших онаботулин-токсин, n = 688; плацебо, n = 696), количество пациентов, ответивших на головную

боль в течение дня, составило 308/688 (45 %) для пациентов, принимавших онаботулин-токсин, и 238/696 (34 %) для пациентов, получавших плацебо [8]. Через 24 недели по сравнению с исходным уровнем у пациентов, не получавших ботулотоксин, наблюдалось достоверно (все при $p < 0,01$) большее снижение среднего значения по сравнению с пациентами, не получавшими плацебо, в дни головной боли от умеренной до сильной и в тестах на воздействие головной боли, а также более значимые улучшения в областях опросника качества жизни, связанных с мигренью.

Также все чаще в профилактике мигрени применяются таргетные препараты, воздействующие непосредственно на CGRP-сигнальный путь. К ним относятся моноклональные антитела (эренумаб, фреманезумаб, галканезумаб, эптинезумаб), блокирующие лиганд или рецептор CGRP, и низкомолекулярные гепанты (атогепант, римегепант), являющиеся антагонистами CGRP-рецептора [7]. Исследование Dias-Barbosa C., проведенного в рамках 3-й фазы рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого клинического исследования лечения эренумабом в дозе 70 мг один раз в месяц и последующего 28-недельного открытого курса лечения продемонстрировало, что удовлетворенность эренумабом была высокой (средний балл 6,8 по шкале от 0 до 10 баллов) и в основном была обусловлена уменьшением частоты и продолжительности мигрени [9].

Психотерапия и психофармакология играют важную роль в комплексном лечении мигрени, помогая не только снизить интенсивность приступов, но и справиться с сопутствующими психологическими проблемами, а также повысить качество жизни пациентов. По данным Mia Tova Minen и соавт., наиболее частыми эмоциональными нарушениями для мигрени являются тревога, депрессия и посттравматическое стрессовое расстройство [10].

Получается, что замыкается так называемый патологический круг, когда стресс может быть триггером для развития приступа мигрени, а длительная интенсивная боль и сопутствующие симптомы могут вызывать эмоциональные нарушения, поддерживая и усугубляя последние.

Психофармакология, в свою очередь, позволяет быстро облегчить симптомы острых приступов мигрени и уменьшить риск развития новых приступов путем воздействия на нейрохимические процессы в мозге. Стоит отметить, что выбор препарата будет зависеть от спектра психических изменений у конкретного пациента, однако наиболее доказательной группой в лечении данной группы пациентов являются антидепрессанты, в частности, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и/или норадреналина. В комбинированной терапии мигрени они усиливают безболевого эффект, улучшают эффектив-

ность профилактики приступов и стабилизируют эмоциональный фон. Так, в исследовании, проведенном Yao Wang и соавт., показана эффективность одновременного лечения эсциталопрамом и ботулинотерапии — основная группа продемонстрировала значительное снижение показателей количества дней с головной болью в месяц по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) на 1, 2, 3 и 6 месяцах наблюдения (все показатели $p < 0,05$), при этом частота ремиссии тревоги составила 87,5 % в основной группе и 64,2 % в группе плацебо ($p < 0,01$) на шестом месяце [11].

Психотерапия помогает пациентам научиться справляться со стрессом, снизить тревожность, повысить устойчивость к боли, а также осознать и изменить свои мысли и поведение, которые могут влиять на частоту и интенсивность мигрени. И несмотря на то, что подход должен быть индивидуальным к каждому пациенту, в лечении которого может применяться любое направление в психотерапии, наиболее доказательным из них является КПТ. КПТ помогает пациентам выявить и изменить негативные мысли и убеждения, которые могут усугублять мигрень (уровень доказательств А) [7]. Так метаанализ из 373 исследований, в том числе 11 рандомизированных клинических исследований, показал, что частота и сила головной боли и показатели MIDAS по результатам проведения КПТ были статистически значимо снижены ($p < 0,05$) [12]. Поэтому добавление психотерапии к традиционному лечению мигрени может повысить эффективность терапии заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

31 января 2024 г. на прием невролога-цефалолога обратилась пациентка У., 1982 года рождения, с жалобами на ежедневную головную боль интенсивностью до 8 баллов по ВАШ, усиливающуюся во время физической активности и уменьшающуюся после сна и приема кофе, сопровождающуюся светобоязнью и тошнотой. Пациентка в большинстве случаев терпела боль, но при высокой интенсивности принимала напроксен в дозе 500 мг общим количеством до 6 таблеток в месяц. Среди прочих жалоб отмечала нарушение сна в виде затруднения засыпания, нехватку энергии, общую слабость, снижение концентрации внимания, а также эмоциональную лабильность.

Из анамнеза известно, что считает себя больной с 9 лет, когда впервые отметила появление интенсивной головной боли, которая затем стала периодически повторяться. Тогда же отметила связь боли с физической активностью. За помощью не обращалась.

В возрасте 29 лет при нарастании интенсивности и учащении приступов головной боли

обратилась к неврологу-цефалгологу, который диагностировал хроническую мигрень. Назначался сертралин в дозе 50 мг в сутки, однократно проводилась ботулинотерапия. Однако от проводимого лечения пациентка не отметила эффекта и в итоге его прекратила, за помощью далее длительно не обращалась.

Данный визит к неврологу-цефалгологу был обусловлен посещением Школы головной боли, после которой пациентка вновь стала мотивирована на лечение.

Из сопутствующих заболеваний отмечает гипотиреоз (принимает L-тироксин в дозе 50 мг в сутки).

Вредные привычки отрицает. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективно: состояние удовлетворительное. Вес 55 кг, рост 159 см. Гемодинамика стабильна: артериальное давление (АД) 120 и 90 мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) 87 в минуту.

В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

По результатам обследования выставлен диагноз: Мигрень без ауры, хроническая. Инсомния. Депрессивное расстройство.

Была проведена беседа о модификации образа жизни, оценка триггеров, разъяснен патогенез мигрени, правила купирования головной боли, необходимости ведения дневника головной боли.

В качестве препаратов для купирования была предложена комбинация препаратов: ибупрофен в дозе 400–800 мг, ризатриптан в дозе 10 мг в сочетании с антиэметиками.

В качестве профилактической терапии рекомендован метопролол в дозе 50 мг в сутки, с учетом коморбидной патологии выбран антидепрессант венлафаксин в суточной дозе 75 мг, для коррекции бессонницы — trazодон в дозе 50 мг. Проведена беседа о возможностях ботулинического нейротропина или моноклональных антител в лечении мигрени, однако на данном этапе принято решение пока воздержаться от данной терапии и оценить эффект предложенной схемы препаратов.

Через 2 месяца на повторном приеме пациентка отметила положительный эффект от проводимой терапии — урежение интенсивной головной боли, но присутствовала фоновая ежедневная головная боль. Также уменьшилась тошнота, улучшился сон и эмоциональный фон. По данным дневника головной боли: дней с мигренью — 15 в месяц, прием триптанов — 15 таблеток в месяц.

При осмотре соматический и неврологический статусы без отклонений.

В связи с недостаточным эффектом проведена коррекция лечения: увеличение дозы венлафаксина до 150 мг в сутки в 2 приема и дозы trazодона до 100 мг, а также рекомендован курс ботулинотерапии.

13 апреля 2024 г. была проведена ботулинотерапия препаратом инкоботулотоксин тип А по протоколу PREEMPT в дозе 155 Ед.

Предварительно пациентка была обследована, отклонений в клиническом и биохимическом анализах крови, коагулограмме не выявлено. Электрокардиограмма (ЭКГ) от апреля 2024 г.: синусовый ритм, ЧСС 75–81 в минуту, признаки синдрома ранней реполяризации желудочков.

На момент проведения ботулинотерапии общее количество дней с головной болью — 30 в месяц, из них с мигренью — 14. Прием триптанов — 14 таблеток в месяц, ибупрофена — 15 таблеток в месяц.

При осмотре соматический и неврологический статусы без отклонений. АД 120 и 80 мм рт. ст., ЧСС 86 в минуту.

Терапия без дополнительных назначений. Для купирования мигренозного приступа рекомендован ризотриптан в дозе 10 мг в сочетании с ибупрофеном в дозе 400–800 мг.

На повторном приеме в мае 2024 г. через 1 месяц после ботулинотерапии пациентка отметила урежение приступов мигрени, снижение ее интенсивности, повышение эффективности анальгетиков в качестве средства для ее купирования, увеличения безболевого промежутка после их применения. По данным дневника головной боли общее количество дней с мигренью в месяц — 14, прием ризатриптана и ибупрофена — по 14 таблеток в месяц.

При осмотре соматический и неврологический статусы без отклонений.

По результатам клинко-инструментального обследования диагноз тот же.

В связи с недостаточной эффективностью терапии предложено увеличивать дозу венлафаксина для усиления противоболевого эффекта, в остальной терапии без дополнительных назначений.

В июле 2024 г. на приеме пациентка рассказала, что за второй месяц после первой процедуры ботулинотерапии мигрень сохранялась 16 дней в месяц, была фоновая головная боль в остальные дни (15) принимала ризатриптан с ибупрофеном. По данным дневника головной боли за третий месяц после ботулинотерапии — 8 дней с мигренью, но присутствовала межприступная фоновая боль 2–3 балла по ВАШ 15 дней в месяц, головная боль легче купировалась триптанами, за месяц приняла 8 таблеток ризатриптана в дозе 10 мг и 7 таблеток ибупрофена в дозе 400 мг. Эмоциональный фон стабильный, сон наступает после приема trazодона. Отмечает потливость и тошноту после приема венлафаксина, трудности титрования дозы, принимает 187,5 мг в сутки в 2 приема.

При осмотре соматический и неврологический статусы без отклонений.

По результатам клинко-инструментального обследования диагноз тот же.

Рекомендовано продолжить лечение без дополнительных назначений. Запланирована вторая процедура ботулинотерапии.

20 июля 2024 г. проведена ботулинотерапия препаратом инкоботулоксин тип А по протоколу PREEMPT в дозе 155 Ед.

На момент проведения ботулинотерапии по данным дневника головной боли общее количество дней с головной болью — 23 в месяц, из них дней с мигренью — 8, прием триптанов — 8 таблеток в месяц, ибупрофена — 8 таблеток в месяц.

При осмотре соматический и неврологический статусы без отклонений. АД 118 и 80 мм рт. ст., ЧСС 55 в минуту.

В связи с брадикардией была проведена коррекция лечения: метопролол в дозе 50 мг в сутки в 2 приема, под контролем ЧСС, в остальном терапия без дополнительных назначений.

В октябре 2024 г. на приеме пациентки был проведен анализ ее дневника головной боли. После второй процедуры ботулинотерапии в августе — 20 дней, за сентябрь — 10 дней, за октябрь — 15 дней с головной болью. Сохраняется фоновая головная боль. Кроме того, в октябре был мигренозный статус, длящийся 11 дней. Также отмечает, что были дни, когда триптаны плохо купировали боль, отмечает возвраты боли в течение суток после их приема. Эмоциональный фон стабильный, сон наступает после приема тразадона.

При осмотре соматический и неврологический статусы без отклонений. АД 124 и 88 мм рт. ст., ЧСС 71 в минуту, брадикардии не отмечалось.

В связи с недостаточной эффективностью терапии доза венлафаксина увеличена до 225 мг в сутки в 2 приема, к лечению добавлен amitriptilin в дозе 12,5 мг на ночь для коррекции сна и в качестве дополнительного профилактического препарата приступов мигрени. Приступы рекомендовано купировать ризотриптаном в дозе 10 мг или золмитриптаном в дозе 5 мг в виде назального спрея в сочетании с ибупрофеном в дозе 400–800 мг. Из-за недостаточного эффекта проводимой терапии на протяжении 6 месяцев после двух процедур ботулинотерапии принято решение перейти на профилактику моноклональными антителами. В остальном терапия без дополнительных назначений.

С октября 2024 г. начато лечение моноклональными антителами — выполнено 3 инъекции эренумаба в дозе 70 мг подкожно с интервалом 4 недели.

Продолжала принимать венлафаксин в дозе 225 мг в сутки в 2 приема и метопролол в дозе 100 мг в сутки в 2 приема. От amitriptilina пациентка отказалась спустя месяц приема из-за дневной сонливости.

Частота головной боли за 3 месяца лечения сохранялась в среднем 16 дней в месяц и фоно-

вая головная боль, интенсивность головной боли стала меньше, стало меньше возвратов головной боли. Приступы мигрени купировала золмитриптаном в дозе 5 мг и ибупрофеном в дозе 400–800 мг.

Перед проведением инъекции пациентке проводился осмотр — неврологический и соматический статусы были в норме, гемодинамика стабильная.

Диагноз выставлялся тот же. Терапия была продолжена без дополнительных назначений.

С января 2025 г. в связи с тем, что не отмечалось желаемого эффекта по частоте головной боли, принято решение перейти на другой препарат моноклональных антител — фреманезумаб в дозе 225 мг. Первое введение фреманезумаба выполнено 30 января 2025 г., далее инъекции выполнялись 1 раз в месяц с января по июнь — всего 5 инъекций.

В феврале 2025 г. после первого введения фреманезумаба в дозе 225 мг отмечает 9 дней с мигренью, уменьшение дней с фоновой головной болью, уменьшение интенсивности головной боли, за месяц приняла 6 раз золмитриптан 5 мг и 8 таблеток ибупрофена.

При осмотре соматический и неврологический статусы без отклонений. Гемодинамика стабильная.

Для коррекции сна к лечению снова добавлен тразодон в дозе 100 мг на ночь, в остальном терапия без дополнительных назначений.

Анализ дневника головной боли показал, что на фоне лечения хронической мигрени на протяжении 12 месяцев отмечалось медленное снижение количества дней с головной болью, поэтому для усиления эффекта терапии было принято решение комбинировать лечение моноклиальными антителами с ботулинотерапией.

В 27 февраля 2025 г. была проведена процедура ботулинотерапии препаратом инкоботулоксин тип А по протоколу PREEMPT в дозе 155 Ед. Предварительно пациентка была обследована, отклонений в общем анализе крови, биохимическом анализе крови, коагулограмме не выявлено. На ЭКГ от февраля 2025 г. синусовый ритм, ЧСС 69–73 в минуту, признаки синдрома ранней реполяризации желудочков. На момент проведения ботулинотерапии по данным анализа дневника головной боли общее количество дней с головной болью — 16 в месяц, из них дней с мигренью — 9, прием триптанов — 6 таблеток в месяц, ибупрофена — 8 таблеток в месяц.

При осмотре соматический и неврологический статусы без отклонений. АД 118 и 76 мм рт. ст., ЧСС 70 в минуту.

Терапия без дополнительных назначений.

В мае 2025 г. на приеме пациентки был проведен анализ дневника головной боли: в марте 2025 г. — 15 дней с головной болью, из них —

7 дней с мигренью; в апреле 2025 г. — 8 дней с головной болью, из них — 3 дня с мигренью; в мае 2025 г. — 5 дней с мигренью, хорошо купировалась золмитриптаном, возвратов боли не было, фоновой боли не было.

Эмоциональный фон стабильный, сон наступает после приема тразадона.

При осмотре соматический и неврологический статусы без отклонений. Гемодинамика стабильная.

В связи с высокой эффективностью моноклональных антител проведена коррекция терапии: отменен метопролол, продолжен венлафаксин в дозе 225 мг. В остальном терапия без дополнительных назначений. В планах продолжать таргетную терапию моноклональными антителами, предложить психотерапию.

Представленный случай отображает сложный процесс лечения хронической мигрени, демонстрирует, насколько упорным должно быть стремление пациента, а также насколько важными оказываются глубокие знания и поддержка врача.

Проблема поздней постановки диагноза заключается в низкой выявляемости мигрени среди населения из-за плохой информированности о своем заболевании самих пациентов и ненадлежащем уровне представлений в области патогенеза мигрени у врачей общего звена и даже неврологов. При обращении пациентов с головной болью часто диагноз строится на изменениях по данным дуплексного сканирования экстракраниальных сосудов шеи или рентгенологического исследования шейного отдела позвоночника.

Нарушение диагностического этапа подкрепляется дефектами на этапе назначения терапии — врачи в дальнейшем часто рекомендуют ежегодное курсовое лечение сосудистыми препаратами, которое не оказывает эффективности у данной категории пациентов. Такое лечение не приносит удовлетворения, пациенты мирятся с этим, считая свои случаи бесперспективными. В итоге, разочаровавшись в медицинской помощи в целом, появляется повышенная тревожность и низкая приверженность к лечению.

Для улучшения информированности населения и повышения качества медицинской помощи в регионах необходимо проводить Школы головной боли для пациентов, открывать кабинеты головной боли, повышать грамотность врачей. На приеме необходимо диагностировать коморбидные психоэмоциональные состояния.

Хроническая мигрень требует подбора терапии, комбинации различных препаратов. Несмотря на сохранение частоты головной боли, высоких затрат на лечение, в представленном клиническом случае отражено уменьшение интенсивности головной боли, что повлияло на улучшение качества жизни и мотивировало пациентку на продолжение лечения, а поддержка врача формировала высокий комплаенс.

Психотерапия и психофармакология — важные инструменты в лечении мигрени, которые могут помочь пациентам не только уменьшить частоту и интенсивность приступов, но и улучшить качество жизни, справиться с психологическими проблемами, которые часто связаны с мигренью. Комплексный подход к лечению мигрени, включающий психотерапию и психофармакологию, может быть наиболее эффективным способом борьбы с этим заболеванием и однозначно может быть рекомендован данной пациентке.

Таким образом, лечение хронической мигрени — сложная задача как для врача, так и для пациента. Требуется исполнительности, терпения, высокой мотивации со стороны пациента и знаний со стороны врача, а также их тесной совместной работы.

Литература

1. Pietrobon D., Moskowitz M.A. Pathophysiology of migraine // *Annual Review of Physiology*. 2013. Vol. 75. P. 365–391. DOI: 10.1146/annurev-physiol-030212-183717.
2. Strother L.C., Srikiatkachorn A., Suprongsinchai W. Targeted Orexin and Hypothalamic Neuropeptides for Migraine // *Neurotherapeutics*. 2018. Vol. 15, № 2. P. 377–390. DOI: 10.1007/s13311-017-0602-3.
3. Goadsby P.J., et al. Moderate to severe acute migraine attacks: an opinion paper on the use of triptans and triptan-NSAIDs combinations in individualized treatment plans // *Neurol Ther*. 2026. Vol. 15, № 1. P. 15–28. DOI: 10.1007/s40120-025-00874-z.
4. Unal-Cevik I., Arslan D. Similarities and differences between migraine and other types of headaches: Migraine mimics // *Neurology Perspectives*. 2023. Vol. 3, № 2. Art. 100122. DOI: 10.1016/j.neurop.2023.100122.
5. Gama-Reyes E.G., et al. Migraine-like headaches: a systematic review of secondary etiologies, clinical features and therapeutic patterns (1977–2024) // *The Journal of Headache and Pain*. 2025. Vol. 26, № 1. Art. 232. DOI: 10.1186/s10194-025-02151-8.
6. Yang C.P., et al. Comparison of new pharmacologic agents with triptans for treatment of migraine: a systematic review and meta-analysis // *JAMA Netw Open*. 2021. Vol. 4, № 10. Art. e2128544. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.28544.
7. Мигрень: клинические рекомендации / Всерос. о-во неврологов [и др.]. — М.: Минздрав РФ, 2024. — 75 с.
8. Diener H.C., et al. Benefits beyond headache days with onabotulinumtoxin A treatment: a pooled PREEMPT analysis // *Pain Ther*. 2020. Vol. 9, № 2. P. 683–694. DOI: 10.1007/s40122-020-00198-w.
9. Dias-Barbosa C., et al. Experiences of migraine and erenumab treatment in Japan: qualitative interviews with clinical trial participants // *Patient*. 2026. Apr 16. DOI: 10.1007/s40271-026-00813-6.
10. Minen M.T., et al. Migraine and its psychiatric comorbidities // *J. Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2016. Vol. 87, № 7. P. 741–749. DOI: 10.1136/jnnp-2015-312233.
11. Wang Y., et al. Clinical efficacy of escitalopram combined with botulinum toxin A in patients with generalized anxiety disorder and comorbid headache // *Psychopharmacology (Berl)*. 2023. Vol. 240, № 10. P. 2061–2070. DOI: 10.1007/s00213-023-06423-6.
12. Bae J.-Y., et al. Cognitive behavioral therapy for migraine headache: a systematic review and meta-analysis // *Medicina (Kaunas)*. 2021. Vol. 58, № 1. Art. 44. DOI: 10.3390/medicina58010044.

Феномен мотивации к выживанию в структуре смысложизненных ориентаций и Я-концепции личности военнослужащего в условиях боевых действий

Ю.Д. Григорьева¹, клинический психолог, нарративный практик;

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 процессе исследования «Феномен мотивации к выживанию в структуре смысложизненных ориентаций и Я-концепции личности военнослужащего в условиях боевых действий» было проведено полуструктурированное интервью с участием военнослужащих, которые находятся на линии боевого соприкосновения. В интервью исследованы клинические признаки острого стрессового расстройства и смысложизненных ориентаций, и Я-концепции личности военнослужащих. Интервью включало следующие содержательные блоки: мотивацию и основные причины участия в боевых действиях, актуальное эмоциональное состояние, особенности поведения и реагирования в критических ситуациях, жизненные ориентиры и ценностно-смысловые установки, представления о будущем, способы восстановления и совладания со стрессом, а также наиболее значимое событие, оказавшее существенное влияние на личность военнослужащего. Анализ личных историй военнослужащих позволил выявить выраженную связь боевого стресса на динамику Я-концепции и трансформацию смысложизненных ориентаций, а также специфику переживания травматического опыта в условиях продолжающейся угрозы жизни. Особое внимание уделяется феномену стрессовой отсрочки, при котором клиническая симптоматика, включая посттравматические, депрессивные и суицидогенные проявления, может носить латентный или отсроченный характер. Анализ представленных интервью подтверждают необходимость системного динамического наблюдения за психическим состоянием военнослужащих и разработки комплексных программ профилактической, реабилитационной и психокоррекционной помощи, направленных на укрепление экзистенциальных опор личности, развитие адаптивных стратегий эмоциональной регуляции и формирование поддерживающих межличностных связей в поствоенном периоде. Согласие военнослужащих на получение психологической помощи в рамках нарративного подхода является важным критерием для профилактики перехода острого стрессового расстройства в посттравматическое стрессовое расстройство.

Ключевые слова: военнослужащие, боевой стресс, острое стрессовое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, мотивация к выживанию, смысложизненные ориентации, Я-концепция, нарративный подход, полуструктурированное интервью, психологическая реабилитация, психопрофилактика.

The phenomenon of survival motivation in the structure of life-meaning orientations and the Self-concept of a serviceman in combat conditions

Y.D. Grigorieva¹, clinical psychologist, narrative practitioner;

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).

In the course of the research “The phenomenon of motivation to survive in the structure of life-meaning orientations and the Self-concept of a serviceman’s personality in combat conditions”, a semi-structured interview was conducted with the participation of military personnel who are on the line of combat contact. In the interview, the clinical signs of acute stress disorder and life-meaning orientations and Self-concepts of the personality of military personnel were investigated. The interview included the following substantive blocks: motivation and the main reasons for participating in combat, current emotional state, behavioral and response characteristics in critical situations, life orientations and value-semantic attitudes, ideas about the future, ways to recover and cope with stress, as well as the most significant event that had a significant impact on the personality of a serviceman. An analysis of the personal stories of military personnel revealed a pronounced relationship between combat stress on the dynamics of Self-concept and the transformation of life-meaning orientations, as well as the specifics of experiencing traumatic experiences in conditions of ongoing threat to life. Special attention is paid to the phenomenon of stress postponement, in which clinical symptoms, including post-traumatic, depressive, and suicidal manifestations, may be latent or delayed. The analysis of the presented interviews confirms the need for systematic dynamic monitoring of the mental state of military personnel and the development of comprehensive programs of preventive, rehabilitative and psychocorrective care aimed at strengthening the existential pillars of personality, developing adaptive strategies for emotional regulation and the formation of supportive interpersonal relationships in the post-war period. The consent of military personnel to receive psychological assistance within the framework of a narrative approach is an important criterion for preventing the transition from acute stress disorder to post-traumatic stress disorder.

Keywords: military personnel, combat stress, acute stress disorder, post-traumatic stress disorder, motivation for survival, life-meaning orientations, Self-concept, narrative approach, semi-structured interview, psychological rehabilitation, psychoprophylaxis.

Все истории предоставлены с согласия военнослужащих, все имена и личные данные изменены в целях сохранения конфиденциальности.

ИСТОРИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО №1

Мужчина Р., военнослужащий, 25 лет. На момент интервью находился в зоне боевых действий.

Мотивация и основные причины: военнослужащий отмечает, что решение о службе было для него осознанным и внутренне мотивированным: «У меня появилось собственное желание пойти на службу и чего-то там добиться». Он подчёркивает, что сомнений в момент принятия решения не возникало: «Сомнений никаких не было». Главным смыслом своей деятельности считает защиту Родины и безопасность граждан: «Я чувствую, что защищаю свою Родину и крепкий сон людей».

Актуальное эмоциональное состояние: описывая свой внутренний мир, военнослужащий говорит о чувстве ненужности и недостатке признания: «Ощущаю чувства ненужности, делаю всё возможное, но это не замечают. Нет никакой отдачи и благодарности от командования». Вместе с тем он отмечает наличие внутреннего ресурса, который помогает сохранять устойчивость и равновесие: «Конечно, есть», и отвечает он на вопрос о внутреннем «убежище». Говоря о переживании сильных эмоций, подчёркивает умение контролировать себя: «Таких случаев не было, поскольку умею себя контролировать».

В поведении и действиях в критической обстановке Р. подчёркивает важность сохранения здравого смысла и контроля над ситуацией: «Мне помогают базовые знания военнослужащего, то есть находясь в критических ситуациях, оставаться в здравом уме, быть спокойным, пытаться контролировать ситуацию». В качестве поддерживающей установки он выделяет веру в силу позитивного мышления: «Я всегда думаю, что мысли материальны, и поэтому в любой ситуации пытаюсь оставаться оптимистом». При принятии решений руководствуется рациональным анализом и стремлением предугадать развитие событий: «Пытаюсь предугадать исход событий и уже от этого отталкиваюсь». Таким образом, он проявляет развитое чувство ответственности, самообладание и умение действовать продуманно даже в условиях напряжения.

Жизненные ориентиры / смыслы: ключевым источником смысла для него является семья, жена и ребенок. Р. подчёркивает стабильность восприятия жизни и отсутствие существенных внутренних изменений после начала службы: «Я считаю, что мое восприятие жизни абсолютно здоровое, поскольку после учёбы сразу ушёл на службу».

Говоря о будущем, Р. сообщает, что имеет представление о дальнейшем профессиональном пути: «У меня есть некие представления и уходить со службы нет желания. Буду пытаться продвигаться

по службе». Он считает, что не испытывает трудностей с адаптацией: «Адаптироваться мне не нужно, поскольку адекватно всё воспринимаю».

Что касается восстановления и способов совладания со стрессом, военнослужащий отмечает, что отдых дома помогает ему восстановиться: «Обычный отдых дома восстанавливает меня». Он не использует особых стратегий восстановления: «Способов нет. Если и нахожусь в напряжении, то очень короткое время, и оно само проходит».

Ценности: рассуждая о жизненных уроках и личностной трансформации, военнослужащий отмечает трудности во взаимодействии с коллективом: «В армии коллектива нет. Многие пытаются прикрывать себя, лишь бы им не было плохо. Узнал, что очень терпеливый, тяжело вывести из себя. Если бы у меня была возможность обратиться к себе прежнему, до службы, то я бы сменил место службы».

Наиболее значимым событием военнослужащий называет эпизод, связанный с отношением командира: «Когда хотел перевестись в штурмовое подразделение, мой командир желал мне смерти. После всего, что я сделал в данной части, ко мне такое отношение с его стороны было неприятно, но я не расстроился и пошёл дальше». Несмотря на эмоциональную сложность ситуации, он проявил настойчивость и внутреннюю силу: «Через свои силы всё-таки перевожусь и этому рад».

Анализ истории военнослужащего №1

На основании проведённого интервью можно сделать вывод, что личность военнослужащего отличается высокой степенью внутренней мотивации, стабильностью ценностных ориентаций и ориентацией на долг и ответственность. Решение о прохождении военной службы носило самостоятельный и осознанный характер, не было связано с внешним давлением или случайными обстоятельствами. Для него характерна идентификация с военной ролью, что выражается в стремлении продолжать службу и развиваться в её рамках. Военнослужащий демонстрирует склонность к самоконтролю и эмоциональной сдержанности. Его позиция в стрессовых ситуациях определяется установкой на сохранение спокойствия и здравого смысла: «оставаться в здравом уме, быть спокойным, контролировать ситуацию». Эмоциональная сфера характеризуется внутренней напряжённостью, не всегда осознаваемой субъектом, и потребностью в признании. Ощущение «ненужности» и отсутствия обратной связи от командования может свидетельствовать о психологической фрустрации базовой потребности в значимости и принадлежности. Однако выраженные механизмы саморегуляции позволяют ему сохранять адаптивное поведение и не допускать дезорганизации эмоциональных процессов. Способы совладания с трудностями можно отнести преимущественно

к когнитивно-рациональным стратегиям: осмысление происходящего, контроль над мыслями, вера в собственное влияние на события («мысли материальны»). При этом отсутствуют развитые формы восстановления, что в долгосрочной перспективе может приводить к кумуляции внутреннего напряжения. В поведении прослеживается высокая степень ответственности и самостоятельности, однако социальные взаимодействия внутри коллектива оцениваются как затруднённые («в армии коллектива нет»). Это может указывать на опыт межличностного отчуждения и формирование защитной позиции и дистанцирования, направленного на сохранение внутренней стабильности. Ключевой эпизод, связанный с конфликтом с командиром, имеет глубокое личностное значение: он переживается как опыт предательства и обесценивания, но одновременно становится точкой внутреннего роста и самоутверждения («не расстроился и пошёл дальше»). Таким образом, ситуация психологического давления была преобразована в стимул к действию и укреплению автономии.

Таким образом, личность военнослужащего Р. характеризуется внутренней устойчивостью, дисциплинированностью и эмоциональной сдержанностью, с выраженной установкой на самодостаточность и преодоление. Основные адаптационные механизмы — это самоконтроль, рационализация и целенаправленность. Вместе с тем сохраняется неосознанный запрос на признание и эмоциональную поддержку, что указывает на наличие внутреннего противоречия между стремлением к независимости и потребностью в принятии. С точки зрения психической адаптации, военнослужащий находится на стадии устойчивого функционирования, демонстрируя адекватное восприятие реальности, эмоциональную стабильность и высокий уровень саморегуляции. Потенциальными зонами риска для проведения психореабилитационных работ в дальнейшем можно выделить эмоциональную изоляцию, подавление чувств и ограниченные способы психологического восстановления.

ИСТОРИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО №2

Мужчина, Д., 23 года, военнослужащий по контракту. Находится в зоне актуальных боевых действий.

Мотивация и основные причины: Д. отмечает, что решение о прохождении службы по контракту было осознанным и рационально мотивированным. Как он поясняет: «Я решил, что для меня будет выгодно в той или иной степени пойти на службу по контракту — это и зарплата, и опыт работы, и стаж работы». По его словам, изначально сомнений в правильности решения не возникало: «Поначалу сомнений не было, потому что я не знал, с чем столкнусь. Но по ходу моего прохож-

дения службы, естественно, стали собираться сомнения и о том, что я сделал и зачем я это сделал. Но выбор уже сделан, и вернуть всё назад я не смогу, поэтому я живу с этим, стараюсь получить как можно больше выгоды и удовольствия». Говоря о восприятии своей роли, военнослужащий подчёркивает чувство значимости своего дела: «Я горд, что нахожусь здесь и горд, чем занимаюсь, что могу помогать не напрямую, но хотя бы косвенно. Приносить мир и быть там, где я нужен».

Актуальное эмоциональное состояние: его состояние отличается выраженной контрастностью в зависимости от контекста пребывания. Как он говорит: «Чувства разные, потому что я нахожусь в двух разных мирах. Когда это в России, то это чувство спокойствия, удовлетворения, наслаждения. А когда я там, то не обходится без чувств страха, волнения, осторожности». Он открыто признаёт наличие страха в экстремальных ситуациях: «Всё, что можно распознать — это страх, когда коленки трясутся и зубы стучат». Однако, наряду с этим, присутствует выраженная установка на надежду и внутреннее убеждение в благополучном исходе: «Я убеждаю себя, что рано или поздно всё закончится, настанет мирное небо и счастливая жизнь». Д. упоминает и конкретные способы саморегуляции: «Много раз, особенно за лентой. Обычно в такие моменты стараешься подышать и покурить и потихоньку успокаиваешься».

Описывая поведение в стрессовых ситуациях, он подчёркивает, что контроль над собой даётся нелегко, но достигается благодаря профессиональным навыкам и опоре на выученные инструкции: «Тяжело себя контролировать в стрессовой ситуации, но обычно я опираюсь на инструкции, и когда привыкаешь, то всё уже делаешь на автомате». Важной поддерживающей установкой является коллективная ответственность и чувство долга: «Обычно я думаю про то, что “а кто, если не мы”, и стараюсь выполнить свою работу». Он отмечает, что по мере накопления опыта действия становятся более точными и уверенными: «Сначала всё проходило теоретически, потом, после парочки проб и ошибок, ты уже привыкаешь к этому и начинаешь лучше, точнее ориентироваться в той или иной ситуации. За долю секунды понимаешь, что нужно сделать и как оказать помощь».

Жизненные ориентиры / смыслы: центральным смысловым ядром для него выступает вера в себя, в товарищей и в справедливость происходящего: «Вера в то, что скоро всё закончится, вера в нас, в нашу правоту и непоколебимость и мы все скоро пойдём домой». Д. подчёркивает, что служба радикально изменила его личность: «Кардинально, то я совсем уже не тот человек, который был до службы. После пережитого, после всего этого опыта я кардинально другой». На вопрос о том, какие ценности для него сейчас главные, военнослужащий отвечает кратко и ёмко: «Человеческая жизнь».

Он осознаёт произошедшую трансформацию мировоззрения: «Опять же повторюсь. Кардинально всё поменялось. Я смотрю на мир совсем по-другому. Для меня чужды и непонятны проблемы обычных людей, потому что они настолько незначительны, что для меня это попросту укус комара».

Размышляя о будущем, военнослужащий говорит сдержанно, но уверенно: «Главное — это дожить до этого. А что будет потом никто не знает. Но я точно знаю, что я легко смогу адаптироваться и уже жить полноценной жизнью». На уточняющий вопрос, каким он видит это будущее, отвечает лаконично: «Счастливой».

Совладение с ситуацией и психическая устойчивость: в качестве способов восстановления он называет простые, доступные формы отдыха: «Отдых — это либо заняться каким-нибудь делом или хобби». Также подчёркивает важность саморефлексии: «Я всегда нахожусь сам с собой в большинстве случаев, поэтому у меня много времени подумать».

Ценности: под конец беседы, военнослужащий отмечает, что за время службы многое осознал: «Я понял, что живите так, чтобы потом было что вспомнить. Занимайтесь любимым делом и проводите время с теми, кого любите. Вы ничего не получите за то, что всю жизнь терпели общество неприятных вам людей». Он добавляет: «Узнал, насколько я адаптивный, насколько можно любить дело, которое тебе нравится, и полностью отдавать всего себя любимому делу». Если бы у него была возможность обратиться к себе прежнему, он бы сказал: «Не ищи лёгких путей — бесплатный сыр только в мышеловке».

Анализ истории военнослужащего №2

Анализ полученного материала позволяет рассматривать личностный профиль военнослужащего как пример адаптивного функционирования в условиях хронического стресса и постоянной угрозы жизни. В структуре личности прослеживаются выраженные черты самоконтроля, рациональности, высокой мотивации к выживанию и сохранению психического равновесия, что соответствует защитному типу психологической адаптации. Военнослужащий демонстрирует осознанное принятие служебной роли и высокий уровень внутренней мотивации, основанный преимущественно на ценностях долга, патриотизма и социальной значимости собственной деятельности. При этом, по мере накопления экстремального опыта, отмечается формирование амбивалентного отношения к выбору профессии: с одной стороны — гордость, чувство полезности и принадлежности к делу защиты Родины, с другой — сомнения, усталость и частичное отчуждение. Подобная двойственность может рассматриваться как проявление внутриличностного конфликта между профессиональной ролью и базовыми экзистенциальными потребно-

стями личности. На уровне эмоциональной сферы наблюдается редуцированная экспрессия аффектов, что отражает характерный для военнослужащих механизм эмоциональной притупленности. Тем не менее, в некоторых высказываниях прослеживается наличие страха, волнения и тревожных переживаний, что свидетельствует об осознании своих эмоциональных состояний. Субъект способен к вербализации аффекта, что говорит о сохранной рефлексии и отсутствии выраженных признаков эмоциональной тупости. Особое внимание заслуживает использование им психологических защит и механизмов совладания. В поведении преобладают рационализация и интеллектуализация. Так, военнослужащий опирается на служебные инструкции, внутреннюю дисциплину и профессиональные алгоритмы действий («всё уже делаешь на автомате»), что позволяет поддерживать контроль над ситуацией и снижать уровень тревожности. В то же время он использует простые поведенческие стратегии релаксации — такие как дыхание, курение, уединение, которые рассматриваются как формы ситуативного восстановления психического равновесия. В когнитивной сфере отмечается устойчивость к фрустрации, а также наличие оптимистических убеждений («всё закончится, настанет мирное небо и счастливая жизнь»), которые выполняют функцию психического стабилизатора. Данная установка выступает компонентом феномена мотивации к выживанию, поддерживающего субъект в ситуациях реальной угрозы. Смысловая сфера личности характеризуется выраженной экзистенциальной реорганизацией: изменением восприятия ценности человеческой жизни и переоценкой обыденных жизненных проблем. Фраза «для меня чужды и непонятны проблемы обычных людей» указывает на формирование посттравматического дистанцирования от гражданской реальности, что может интерпретироваться как адаптационная защита и элемент вторичной профессиональной деформации. Однако данное восприятие сопровождается осознанием «человеческой жизни» как высшей ценности, что свидетельствует о сохранности гуманистического ядра личности и зрелых смысловых ориентаций. В целом, можно говорить о сохранной личностной целостности при наличии признаков психологического напряжения и частичного отчуждения от мирного контекста. При этом мотивация к жизни и стремление к адаптации после службы сохраняются. Военнослужащий заявляет о готовности «жить полноценной и счастливой жизнью» и демонстрирует веру в возможность восстановления.

Таким образом, в данном случае также проявляется феномен защитного механизма от суицидального риска, опосредованный через мотивацию к выживанию и сформированную систему смысловых ориентаций. Психиче-

ская устойчивость военнослужащего обеспечивается взаимодействием рациональных установок, профессиональной идентичности и внутренней веры в смысл происходящего. Несмотря на признаки эмоциональной усталости и отчуждения, личность сохраняет способность к внутреннему восстановлению, рефлексии и дальнейшему развитию.

ИСТОРИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО №3

Мужчина, С., 20 лет, военнослужащий. На момент беседы пребывал в зоне боевых действий.

Мотивация и основные причины: военнослужащий отмечает, что решение о службе было осознанным и связано с личным интересом к военной сфере. По его словам, основным мотивом стало желание развиваться, поддерживать физическую форму и участвовать в организованных, дисциплинирующих мероприятиях: «Личное желание. Мне интересно быть в армии и участвовать в разных мероприятиях: спорт, дисциплина». С. подчёркивает, что выбор профессии имел внутреннюю природу и сопровождался ощущением вовлечённости в значимую деятельность. Однако на определённом этапе пути, по его словам, появились трудности и сомнения, связанные с особенностями служебных задач и организацией процесса: «Да, были. 2023 год, ноябрь-октябрь. Было всё неоднозначно: задача ставилась в одном ключе, выполнялась в другом. Пережил и всё». Несмотря на временные колебания, военнослужащий сумел сохранить устойчивость и продолжить выполнение обязанностей, что говорит о выраженной стрессоустойчивости и адаптивных возможностях личности. В настоящее время он рассматривает службу как источник стабильности и социальной определённости: «Для меня это статус, стабильная зарплата и рабочее место».

Актуальное эмоциональное состояние: военнослужащий отмечает, что наиболее часто испытывает раздражение. При этом он способен осознавать взаимосвязь между психическим и физическим состоянием, связывая своё самочувствие с телесными проявлениями и занятиями спортом: «Мысли и тело (спорт)». В ответах прослеживается наличие внутреннего ресурса как некоего «убежища», помогающего сохранять равновесие и внутренний порядок. На вопрос о способах эмоциональной саморегуляции он отвечает утвердительно без дополнительных комментариев: «Да, есть». Когда напряжение достигает критического уровня, военнослужащий предпочитает кратковременную паузу, что позволяет восстановить контроль и снизить интенсивность аффекта: «Да, бывает. “Перезагружаюсь” это где-то минут на десять молчу и потом снова в бой».

В описании своих действий в стрессовых и угрожающих ситуациях военнослужащий подчёркивает значение личностных качеств и способности

понимать происходящее: «Характер и понимание всей ситуации». Ключевой внутренней установкой С. называет осознание временности трудностей и веру в возможность выхода из сложных обстоятельств: «Всё не вечно, и бывают чёрные полосы». При этом при принятии решений он ориентируется не только на рациональный анализ, но и на интуитивное восприятие происходящего: «Спонтанность, самый верный выбор — это чувства».

Примечание: на момент проведения интервью беседа была прервана до перехода к вопросам о жизненных ориентирах и смыслах, поэтому дальнейшие разделы не были отражены в полной мере. Однако уже из представленных ответов прослеживается устойчивая мотивационная структура описания ниже в анализе.

Анализ истории военнослужащего №3

На основании проведённого интервью можно сделать вывод о том, что личность военнослужащего характеризуется выраженной адаптивностью, самоконтролем и устойчивыми механизмами психологической защиты, направленными на поддержание внутреннего равновесия в условиях профессиональной нагрузки и эмоционального стресса. Мотивационная сфера личности представляется достаточно структурированной. Первоначальное решение о службе носило внутренне мотивированный характер и сочетало в себе элементы самореализации, интереса к дисциплине и физической активности, а также стремление к социальной стабильности и статусности. Таким образом, в мотивационной структуре военнослужащего сочетаются внутренние (ценностно-смысловые) и внешние (прагматические) мотивы, что свидетельствует о зрелом типе мотивации и сформированности личностной направленности. Отмечаемое появление сомнений в процессе службы («2023 год, всё было неоднозначно...») можно рассматривать как проявление кризиса профессиональной адаптации, сопровождающегося частичным снижением субъективного контроля и фрустрацией ожиданий. Однако реакция военнослужащего на трудности носит стабилизирующий характер: он не фиксируется на негативном опыте, а описывает ситуацию как пройденный этап («пережил и всё»), что указывает на эффективное использование механизма рационализации. Эмоциональная сфера отличается умеренной выраженностью негативных переживаний при сохранении способности к их осознанию и контролю. Наиболее часто упоминаемое чувство — это раздражение, которое интерпретируется как форма вторичной эмоциональной защиты, позволяющая дистанцироваться от глубинных состояний тревоги и усталости. В то же время использование телесной активности (спорт) как способа регуляции эмоционального напряжения отражает психофизиологическую интеграцию механизмов совладания. Особое внимание за-

служивает стратегия кратковременной изоляции («перезагружаюсь, где-то минут на десять молчу и потом снова в бой»), которая выполняет функцию саморегуляции и восстановления когнитивных ресурсов. Этот приём можно рассматривать как адаптивный элемент феномена мотивации к выживанию, обеспечивающий сохранность работоспособности и эмоционального тонуса. В стрессовых и угрожающих ситуациях военнослужащий опирается на характер, профессиональные знания и внутреннюю установку на понимание происходящего, что свидетельствует о зрелых механизмах когнитивного контроля. Фраза «всё не вечно, бывают чёрные полосы» отражает оптимистическую установку и когнитивную переоценку ситуации, направленную на снижение эмоциональной нагрузки. Отдельного внимания заслуживает обращение к спонтанности и чувственному выбору как способу принятия решений («самый верный выбор — это чувства»). Это может рассматриваться как проявление интеграции рационального и аффективного уровней психической регуляции, что указывает на сохранность гибкости и эмоциональной интуиции.

Таким образом, профиль военнослужащего соответствует адаптированному типу личности с низким риском дезадаптивных реакций. Его мотивация к выживанию и вера в смысл собственной деятельности играют роль ведущих стабилизирующих факторов, формируя феномен внутренней устойчивости и выступая как психологический барьер от суицидального риска. Несмотря на эпизоды раздражения и кратковременных сомнений, личность сохраняет внутреннюю целостность, способность к саморефлексии и конструктивным формам самоподдержки. Отмечается зрелое отношение к службе, понимание временности трудностей и готовность к дальнейшему профессиональному развитию.

ВЫВОДЫ

1. У всех трех военнослужащих мотивация к службе носит внутренне обусловленный характер, при этом дополняется социально-прагматическими компонентами (стабильность, статус, материальная обеспеченность).
2. Во всех случаях отмечается феномен мотивации к выживанию, проявляющийся в стремлении сохранить жизнь, выполнять долг несмотря на трудности.
3. Эмоциональные проявления характеризуются сдержанностью, контролем и тенденцией к рационализации переживаний.
4. Преобладают адаптивные формы совладания со стрессом — временная изоляция, дыхательные паузы, физическая активность, кратковременное уединение.
5. У всех трех военнослужащих выявлена высокая смысловая насыщенность деятельности, где

служба воспринимается как форма защиты Родины, семьи, мирного населения.

6. В ряде случаев фиксируется посттравматическое дистанцирование от гражданской реальности («проблемы обычных людей кажутся незначительными»), что отражает адаптационный способ переработки боевого опыта.

7. Доминирующими защитами являются рационализация, интеллектуализация, а также элементы самоэффективности.

8. Мотивация к выживанию проявляется как интегративный психологический феномен, объединяющий смысловые ориентации, профессиональную идентичность и систему защит. В экстремальных условиях именно данный феномен обеспечивает устойчивость к суицидальному риску, повышая способность личности к мобилизации и осмыслению происходящего.

Нарративный подход способствует интеграции травматического опыта в целостную автобиографическую историю личности, снижению выраженности дезадаптивных когнитивно-эмоциональных реакций и восстановлению чувства субъектности [5]. Данный подход обеспечивает формирование устойчивой и позитивной Я-концепции, укрепление смысловых ориентаций и развитие адаптивных стратегий совладания со стрессом [3]. Кроме того, реконструкция личностных смыслов и актуализация внутренних ресурсов повышают уровень психологической резильентности, способствуют успешной социальной реинтеграции и повышают эффективность психосоциальной реабилитации военнослужащих в постбоевом периоде [4].

Особую значимость данный подход приобретает в работе с военнослужащими, подвергшимися воздействию экстремальных и потенциально психотравмирующих событий, поскольку боевой опыт нередко сопровождается фрагментацией жизненного повествования, нарушением системы базовых убеждений, деформацией смысловых ориентиров и кризисом идентичности. В условиях длительного воздействия угрозы жизни и хронического стресса травматическое событие может занимать доминирующее положение в структуре личностного опыта, формируя редуцированную, дефицитарную историю о себе, основанную преимущественно на переживаниях утраты, беспомощности, вины или моральной травмы. Выраженность тревожно-аффективной симптоматики в сочетании с особенностями смысловых ориентаций выступает одним из ключевых факторов, определяющих интенсивность переживания травматического стресса, тогда как сохранность системы жизненных смыслов и высокий уровень субъективного локуса контроля, отражающего восприятие себя как активного субъекта собственной жизни, связаны с повышением мотивации достижения, поддержанием

адаптивной мотивации к выживанию и более эффективным совладанием с последствиями психотравмирующего опыта [1]. Нарративная практика позволяет осуществить процесс экстернализации травматического опыта, выявить сохраненные ресурсы личности и сформировать альтернативную предпочитаемую историю, в которой субъект рассматривается не только через призму травмы, но и через призму преодоления, профессионального долга, личностной устойчивости и сохранённых жизненных ценностей.

Важно учитывать, что участники настоящего исследования на момент интервью находились непосредственно в зоне боевых действий, где клинические проявления психической дезадаптации могут носить отсроченный характер вследствие мобилизации адаптационных механизмов и феномена стрессовой отсрочки. В связи с этим реконструкция жизненного нарратива выступает не только средством психологической поддержки, но и профилактическим инструментом, направленным на предупреждение закрепления травматических способов интерпретации собственного опыта и последующего формирования посттравматической симптоматики. В сочетании с другими психотерапевтическими и реабилитационными мероприятиями нарративный подход способствует восстановлению непрерывности личностной идентичности, укреплению и формированию устойчивой системы жизненных смыслов, способной выполнять функцию психологической опоры в постбоевом периоде. Также нарративная реконструкция жизненного опыта способствует восстановлению нарушенной целостности Я-образа, интеграции травматических воспоминаний в автобиографическую память и снижению выраженности дезадаптивных когнитивных схем. Формирование связной и непротиворечивой нарративной идентичности позволяет военнослужащему сохранить чувство личностной непрерывности, восстановить систему жизненных смыслов и укрепить внутренние психологические опоры, необходимые для успешной адаптации в постбоевом периоде.

Опора на нарративный подход в программах психопрофилактики и психологической реабилитации позволит снизить уровень суицидального риска, повысить эффективность адаптации и создать условия для долгосрочного сохранения психологического благополучия военнослужащих, в том числе при продолжении профессиональной деятельности в экстремальных условиях [2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, из анализа интервью военнослужащих, находящихся в условиях боевых действий, отмечается высокий уровень психической адаптации при сохранении умеренного риска эмоционального выгорания. Несмотря

на наличие признаков эмоциональной усталости, выявлены устойчивые адаптивные механизмы, связанные с смысловыми ориентациями и Я-концепциями, обеспечивающие адаптивное переживание стресса, позволяющие сохранять устойчивые эмоциональные состояния и сохранность профессионального функционирования. Установленные смысловые ориентации и Я-концепции, способствуют отсутствию выраженной дезадаптации и суицидальных тенденций, что свидетельствует о достаточном уровне внутренней ресурсности и сформированной способности к саморегуляции. Ключевым фактором психической сохранности выступает устойчивая мотивация к выживанию, тесно связанная со смысловыми ориентациями и внутренней установкой на выполнение профессионального и гражданского долга.

Стоит подчеркнуть необходимость профилактической целенаправленной психотерапевтической работы, направленной на укрепление экзистенциальных опор, развитие устойчивых стратегий эмоциональной регуляции, а также формирование поддерживающих межличностных связей. Необходимо подчеркнуть, что специфика настоящего исследования заключается в том, что военнослужащие, которые согласились поделиться личной историей напрямую находятся в зоне боевых действий, где формируется состояние стрессовой отсрочки, а проявление клинической симптоматики, в том числе посттравматической и депрессивной, может иметь отсроченный характер. Это подтверждает необходимость динамического наблюдения и последующей психокоррекционной и реабилитационной работы уже в поствоенном периоде. В дальнейшем планируется использование нарративного подхода в работе с военнослужащими, вернувшимися из зоны боевых действий, для содействия интеграции травматического опыта и формирования устойчивых смысловых ориентиров и Я-концепции в постбоевом периоде.

Литература

1. Ефремова Д.Н. Психологические аспекты мотивации выживания участников боевых действий // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2025. №. 3. С. 30-35. DOI: <https://doi.org/10.32416/2304-9707-2025-3-30-35> (дата обращения: 10.12.2025).
2. Ефремова Д.Н., Григорьева Ю.Д. Оценка суицидального риска у военнослужащих, подверженных острому и/или хроническому стрессовому воздействию // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2026. №. 2. С. 41-49. DOI: <https://doi.org/10.32416/2304-9707-2026-2-41-49> (дата обращения: 02.06.2026).
3. Polkinghorne D.E. Narrative Knowing and the Human Sciences. — Albany: State University of New York Press, 1988. — 232 p.
4. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering. — Thousand Oaks: Sage Publications, 1995. — 175 p.
5. White M., Epston D. Narrative Means to Therapeutic Ends. — New York: W. W. Norton & Company, 1990. — 224 p.

Особенности копингов и коммуникативных стратегий у медицинских работников онкологического профиля

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

С.В. Бублик¹, студент 5 курса факультета клинической психологии и социальной работы НГМУ;

И.С. Кудрина¹, студентка 5 курса факультета клинической психологии и социальной работы НГМУ (irinakudrina1803@mail.ru).

¹Федеральное 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 копинг-стратегий и коммуникативных компетенций у медицинских работников онкологического профиля. Рассматривается роль профессиональной коммуникации в системе «врач-пациент» как фактора, влияющего на психоэмоциональное состояние обеих сторон. Проанализированы основные модели взаимодействия и типичные паттерны совладающего поведения персонала в условиях хронического стресса. Выявлено противоречие между потребностью пациентов в психологической поддержке и недостаточной подготовленностью онкологов к ее реализации. Обосновывается необходимость внедрения специализированных тренингов для оптимизации копинг-ресурсов и профилактики эмоционального выгорания.

Ключевые слова: медицинские работники, онкология, коммуникативные стратегии, эмоциональное выгорание, совладающее поведение, хронический стресс.

Features of coping and communication strategies in oncological medical workers

A.N. Sultanova¹, MD, Professor, Department of Psychiatry, Addiction, Psychotherapy, and Clinical Psychology, Novosibirsk State Medical University;

S.V. Bublik¹, fifth-year student, Faculty of Clinical Psychology and Social Work, NSMU;

I.S. Kudrina¹, fifth-year student, Faculty of Clinical Psychology and Social Work, NSMU (irinakudrina1803@mail.ru).

¹Federal 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 provides an analytical review of coping strategies and communicative competencies among medical professionals working in the field of oncology. The role of professional communication in the doctor-patient relationship as a factor affecting the psychoemotional state of both parties is examined. The main models of interaction and typical patterns of coping behavior among medical professionals under conditions of chronic stress are analyzed. The article identifies a contradiction between the need for psychological support among patients and the insufficient preparedness of oncologists to provide it. The article substantiates the need for specialized training programs to optimize coping resources and prevent emotional burnout.

Keywords: healthcare workers, oncology, communication strategies, emotional burnout, coping behavior, chronic stress.

В настоящее время онкологические заболевания имеют тенденцию к непрерывному росту. По данным Всемирной организации здравоохранения, Международного агентства по изучению рака, на 2022 год во всём мире было выявлено 19,96 млн новых случаев заболевания раком. При этом также зафиксировано более 9,7 млн смертей от этого заболевания [8]. Медицинские профессии онкологического профиля были и остаются весьма востребованными. Однако, помимо прочего, данный профиль больше других подвержен эмоциональному выгоранию и профессиональным деформациям за счёт взаимодействия с тяжёлыми жизненными ситуациями других людей и ухода за паллиативными больными.

В ситуации общения с пациентами, у которых диагностирована онкология тяжёлой степени, одну из ключевых ролей в лечении и сопровождении играют профессиональные коммуникативные навыки. Совместное составление курса лечения, обсуждение отдельных целей и задач, ответы на вопросы помогает составить наиболее эффективный и удовлетворяющий желания пациента план лечения [10].

Среди ведущих факторов, определяющих прогноз, необходимо выделить такие как предоставление вариантов возможного течения болезни, обсуждение личностных целей, выявление ценностно-личностного аппарата и согласование возможных вариантов лечения заболевания.

Анализ всех вышеперечисленных компонентов, по последним исследованиям, взаимосвязан с облегчением принятия пациентами своего диагноза (в том числе тяжёлых форм течения) и повышением качества жизни. Также такие пациенты демонстрируют более низкие показатели стресса, повышение показателя продолжительности жизни, а также более высокие результаты оценки качества жизни [4]. Одной из проблем при обсуждении плана и стратегий лечения с пациентом является субъективное ощущение собственной некомпетентности в вопросах психологической помощи пациентам с онкозаболеваниями терминальной стадии. К сожалению, обсуждение плана лечения происходит не часто, так как по результатам опросов онкологов из разных стран достаточно большой процент ощущает дискомфорт при обсуждении темы ухода из жизни, недостаточную компетентность и низкие коммуникативные возможности. Проведение тренингов или курсов по развитию коммуникативных навыков могло бы существенно повысить качество жизни пациентов с онкологией. Так как работа медицинского специалиста онкологического профиля связана с тяжёлым психоэмоциональным напряжением, вызываемым общением с пациентами с тяжёлыми диагнозами и мучительными страданиями, связанными с терминальной стадией рака [5]. Правильное и экологичное общение с пациентом приводит к улучшению самочувствия, снижению психоэмоционального напряжения, определению рационально и зрело реагировать на свои жизненные трудности и внутренние чувства, а также повышению приверженности лечению и меньшему игнорированию тревожных симптомов. Если же у специалиста не сформированы соответствующие коммуникативные компетенции, то это может выражаться в напряжении механизмов психической защиты, в основном проявляющиеся в отрицании нужды в удовлетворении психологических потребностей и разрядке собственных накопившихся негативных эмоций, стремлении реализовать потребность в признании собственного авторитета и доминировании [6]. По результатам исследований в ряде западных и отечественных клиниках выявлено [3], что комплексный подход в работе с психологической составляющей пациентов позволяет не только улучшить их благосостояние, но и сократить расходы на медицинское сопровождение в связи с компенсацией тревоги вызванной заболеванием. Не менее важным компонентом построения контакта между пациентом и врачом является способность субъектов этих отношений к взаимному пониманию. Профессиональное построение коммуникации со стороны медицинского работника выражается в широкой теоретической базе каждого специалиста, личных коммуникативных способностях, умении экологично взаимодействовать не только с паци-

ентами, но и с коллегами, а также знания и умения применять конкретные техники и методики для успешного построения общения с пациентом. От всех вышеперечисленных параметров зависит успешность коммуникации не только с пациентом, но и с его родственниками, а также другими медицинскими работниками. Важно отметить, что указанные навыки способствуют поддержанию собственного здоровья и благополучия [1].

Взаимодействие пациента и медицинского работника важно и имеет сложную структуру, разные авторы выделяют разные модели. В системе взаимоотношений «врач-пациент» В.Д. Менделевич [2] выделил несколько моделей построения взаимоотношений:

1) Патерналистская: врач единолично принимает решение, ограничивает автономию пациента, решая, что для него «лучше». Пациент пассивен.

2) Коллегиальная: врач и пациент выступают равноправными партнерами; они совместно обсуждают проблему, обмениваются мнениями и принимают решения на основе взаимного уважения и доверия, при этом ответственность за результат распределяется между ними.

3) Технологическая: пациент и врач принимают решение, основываясь на данных, полученных с помощью обследования.

4) Совещательная: врач разъясняет пациенту особенности его заболевания, после чего они совместно выстраивают план лечения и принимают конкретные решения, сохраняя за врачом роль эксперта, а за пациентом — право осознанного выбора.

Взаимоотношения между пациентом и медицинским работником онкологического профиля является не только важным фактором благополучия для пациента, но и также основным фактором профессионального выгорания для врача [7]. Многие медработники отмечают, что среди обращений пациентов онкологического профиля к врачу актуализируются запросы, в решении которых компетентны медицинские психологи и психотерапевты. Указанная потребность определяет необходимость расширения в организациях с медицинской онкологической помощью психологической поддержки с привлечением соответствующих специалистов. Важно отметить, что часто функцию психологической поддержки проводят врачи и средний медицинский персонал, но далеко не все медицинские работники имеют желание или возможности удовлетворять запрос пациентов на психологическую помощь и поддержку. В результате подобные столкновения приводят к конфликтам и стрессу, что существенно сказывается на формировании синдрома профессионального выгорания [11]. Для пациента такие конфликты служат отягчающим обстоятельством к его основному онко-

логическому заболеванию, снижая как приверженность к терапии, так и качество жизни. Во всех медицинских профилях определено, что построение процесса общения между медицинским персоналом и пациентом крайне положительно сказывается на психологическом самочувствии и дальнейшем течении заболевания, что актуализирует востребованность специальных курсов и тренинговых программ для медицинских работников по улучшению навыков эффективной коммуникации.

Можно заключить, что в процессе работы медицинских работников онкологического профиля большое значение имеют развитые коммуникативные навыки. Работа специалистов сопряжена с большим количеством получаемого стресса, что определяет работу над формированием конструктивных способов совладающего поведения. Проанализированные данные указывают, что у работников онкологического профиля наиболее распространены такие копинг-стратегии как дистанцирование и уход в спорт, активный отдых или хобби, а также поиск социальной поддержки от близких. Анализ также выявил склонность респондентов к социально желательным ответам. Это подтверждается при соотнесении результатов с другими исследованиями, касающимися приема алкоголя и лекарственных препаратов [9]. Перечисленные факты в очередной раз доказывают потребность во внедрении специалистов психологического профиля в медицинские учреждения, а также разработку тренинговых программ для улучшения навыков реагирования в конфликтных и проблемных ситуациях, сниже-

ния стресса и профилактики эмоционального выгорания среди медицинского персонала.

Литература

1. Амлаев К. Р. и др. Некоторые вопросы профилактики онкозаболеваний и повышения качества жизни пациентов онкологического профиля // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. — 2012. — Т. 14. — №. 5-2. — С. 512-517.
2. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. — МЕДпресс, 1999.
3. Стеценко С. Г. Защита прав пациента и информированное согласие // Здравоохранение. — 2018. — Т. 12. — С. 129-35.
4. Хазова С. А. Копинг-ресурсы субъекта: основные направления и перспективы исследования // Вестник Костромского государственного университета. — 2013. — Т. 19. — №. 5. — С. 188-191.
5. Al-Azri M., Al-Awisi H., Al-Moundhri M. Coping with a diagnosis of breast cancer-literature review and implications for developing countries // The breast journal. — 2009. — Т. 15. — №. 6. — С. 615-622.
6. Borgi M. et al. Stress and coping in women with breast cancer: unravelling the mechanisms to improve resilience // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. — 2020. — Т. 119. — С. 406-421.
7. Gameeva E. V. et al. Comprehensive rehabilitation of cancer patients: a review // Journal of Modern Oncology. — 2022. — Т. 24. — №. 1. — С. 89-96.
8. Global Cancer Observatory: Cancer Today // International Agency for Research on Cancer. — Lyon, France, 2024.
9. Guveli H. et al. Oncology staff: burnout, job satisfaction and coping with stress // Psycho-oncology. — 2015. — Т. 24. — №. 8. — С. 926-931.
10. Henry M. et al. Barriers to communicating a cancer diagnosis to patients in a Low-to middle-income context // Journal of Psychosocial Oncology Research and Practice. — 2021. — Т. 3. — №. 2. — С.
11. Yang Y. et al. The origins of resident macrophages in mammary gland influence the tumorigenesis of breast cancer // International Immunopharmacology. — 2022. — Т. 110. — С. 109.

Побочные эффекты базовой лекарственной терапии в психиатрической практике

В.Л. Козловский^{1,2}, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; врач клинический фармаколог СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 6» (стационар с диспансером)» (kvl1958@mail.ru), ORCID: 0000-0003-2972-235X;

А.Ю. Гончаренко¹, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (goncharenko7@yandex.ru), ORCID: 0000-0001-5208-4099.

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3);

² Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Городская психиатрическая больница №6 (стационар с диспансером)» (191167, Санкт-Петербург, Обводного канала наб, 91).

Нежелательные явления, возникающие в ходе проведения базовой лекарственной терапии пациентов с психической патологией, подразделяются в соответствии с особенностями фармакологического действия на центральную и вегетативную нервную регуляцию, а также чувствительностью периферических органов к фармакоиндуцированным изменениям метаболических процессов в организме.

Все средства базовой терапии способны индуцировать специфические нежелательные эффекты, связанные с фармакодинамикой синапторопного действия на центральную и вегетативную нервную систему, и неспецифические реакции от индивидуальной непереносимости до тяжелых системных осложнений от вариантов легкого течения (серотониновый синдром) до фатальных для жизни последствий с развитием полиорганной недостаточности (злокачественные формы нейролепсии и гипертермии).

Нежелательные эффекты, связанные с нарушениями функционирования периферических органов, мало изучены, встречаются эпизодически и, вероятно, имеют генетическую предрасположенность повышенной чувствительности к препаратам психотропного ряда.

Ключевые слова: антипсихотики, антидепрессанты, антиконвульсанты, нейрометаболизм, терапевтическое действие, нежелательные/побочные центральные и системные нежелательные явления / эффекты.

Side effects of basic drug therapy in psychiatric practice

V.L. Kozlovskii^{1,2}, Doctor of Medical Sciences, Leading researcher at the V.M. Bekhterev National Research Medical Center; clinical Pharmacologist at St. Petersburg State University of Higher Education “City Psychiatric Hospital No. 6” (hospital with dispensary) (kvl1958@mail.ru), ORCID: 0000-0003-2972-235X;

A.Yu. Goncharenko¹, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher at the V.M. Bekhterev National Research Medical Center (goncharenko7@yandex.ru), ORCID: 0000-0001-5208-4099.

¹ Federal State Budgetary Institution “V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology” of the Ministry of Health of the Russian Federation (3 Bekhtereva St., St. Petersburg, 192019);

² St. Petersburg State Public Health Institution “City Psychiatric Hospital No. 6 (hospital with dispensary)” (191167, St. Petersburg, Obvodny Canal embankment, 91).

Adverse events that occur during basic drug therapy of patients with mental pathology are divided in accordance with the characteristics of the pharmacological action on the central and autonomic nervous regulation, as well as the sensitivity of peripheral organs to pharmacoinduced changes in metabolic processes in the body.

All basic therapy agents are capable of inducing specific adverse effects associated with the pharmacodynamics of synaptotropic action on the central and autonomic nervous system and nonspecific reactions from individual intolerance to severe systemic complications: from mild variants (serotonin syndrome) to fatal consequences with the development of multiple organ failure (malignant forms of neurolepsy and hyperthermia).

Adverse effects associated with dysfunction of peripheral organs are poorly understood, occur sporadically and probably have a genetic predisposition to increase sensitivity to psychotropic drugs.

Keywords: antipsychotics, antidepressants, anticonvulsants, neurometabolism, therapeutic effect, undesirable/side central and systemic adverse events / effects.

ВВЕДЕНИЕ

На тему развития побочных / нежелательных явлений (НЯ) в практике терапии больных с психическими нарушениями написаны сотни статей, их содержание «копируют» в руководствах для врачей и протоколах ведения пациентов, и инструкциях производителей. На взгляд авторов,

не имеет смысла перечислять НЯ, возникающие в ходе фармакотерапии у психически нездоровых пациентов в случае применения одного (инструкция производителя) или комбинации препаратов одновременно (связь НЯ с одним из препаратов при проведении комбинированной психотропной терапии практически не доказуема). Несмотря на декларируемую безопасность психотропных

препаратов последних поколений (с конца 90 гг. прошлого века) проблема развития НЯ, появляющихся в ходе фармакотерапевтического лечения, сохраняет свою актуальность по настоящее время [1–3]. В ряде случаев «новые» препараты базовой терапии провоцируют появление НЯ зарегистрированных средств первых поколений, описанных с середины 60 гг. двадцатого века. Однако акцентуация при регистрации НЯ сместилась к настоящему времени на формирование побочных явлений системного характера, не имеющих отношения к собственно психотропному действию. Увеличение массы тела и кардиогенные осложнения, как и системные метаболические реакции, стали превалировать в структуре описания побочных эффектов на те или иные средства базовой психотропной терапии.

В соответствии с общими принципами описания НЯ, формирующихся в ходе терапии психически больных, актуализируется и вопрос о том, что специфичность развития того или иного НЯ может являться следствием общетоксического действия препарата на нормальное физиологическое функционирование органов и систем или же это результат действия лекарственного препарата на измененный метаболизм, обусловленный патологическим генетическим фоном эндогенного психического заболевания [4].

Фаза клинических исследований на здоровых добровольцах (изучение безопасности) не имеет отношения к результатам специфического действия препаратов у психически больных. Последние так или иначе, имея отношение к психической патологии, могут либо сенсibilизировать, либо десенсibilизировать нормальную работу физиологических органов к действию ксенобиотика у разных нозологических групп пациентов. Это может сказаться и на частоте, и на выраженности развития НЯ, которое будет рассматриваться как следствие прямого общетоксического действия препарата на организм в целом.

Психотропные препараты, включая антидепрессанты, антипсихотики и нормотимики, оказывают комплексное воздействие не только на центральную нервную систему (ЦНС), но и на иммунную функцию. Иммунный ответ на такие препараты может варьироваться от иммуносупрессии до модуляции воспалительных процессов, что влияет на эффективность терапии и риск осложнений [5, 6].

Иммунная система взаимодействует с нейроэндокринными механизмами, регулируя выработку цитокинов, активность лимфоцитов и макрофагов.

В дополнение к сказанному и в соответствии с принятыми классификациями побочных явлений, учитывающих значительный полиморфизм эффектов, формирующихся в ходе лечения психотропными препаратами, целесообразно регистрировать / отмечать нежелательные эффекты по их отнесению к особенностям нейротропного или

метаболического действия на отдельные органы / ткани [7–9].

1. Собственно психотропные / нейротропные негативные явления связаны непосредственно с центральной фармакодинамикой препаратов. Возможно, на отдельных этапах формирующегося психического расстройства, при фармакотерапии такие НЯ могут оказаться весьма желательными, определяя общую эффективность лечения в конкретной фазе заболевания (например, седативное действие, эмоциональное безразличие, изменение порогов восприятия сенсорных систем и т.д.), но на другой фазе течения заболевания те же изменения зачастую становятся причиной отказа пациента от проводимой терапии;

2. Учитывая «моноаминергическую синапто-тропность» фармакодинамического действия базовых психотропных средств, следует выделять эффекты, обусловленные изменением активности вегетативной регуляции в пользу симпатико- или ваготонии (чаще вторичной симпатикотонии, вследствие снижения активности холинергических влияний или диссоциативных реакций внутриорганного вегетативного регулирования);

3. Органоспецифические НЯ, связанные с функциональными особенностями изменения метаболизма в органах-мишенях (печень, кроветворение, кожа и слизистые);

4. Неспецифические НЯ общетоксического характера и индивидуальной непереносимости действующего вещества или компонентов лекарственной формы (системные генерализованные реакции).

Вероятно, в той или иной степени в дозах, превышающих рекомендуемый терапевтический диапазон, возможно появление нежелательных реакций во всем представленном диапазоне НЯ (от 1 до 4 пункта).

Таким образом, целью настоящей работы стала систематизация нежелательных побочных эффектов, сопровождающих базовую психотропную фармакотерапию.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Антипсихотики

Антипсихотики — основа проведения базовой терапии в практике лечения больных с психическими нарушениями. Причем отсутствие психических переживаний зачастую не является препятствием к назначению препаратов этой группы. В рамках off label антипсихотики назначают не только по психиатрическим показаниям, но и в рамках терапевтической практики, когда эксплуатируются неспецифические фармакодинамические эффекты, чаще гипноседативный или напротив активирующий [10]. Нежелательные эффекты антипсихотиков могут формироваться вне зависимости от нозологии, но в соответствии с имеющей-

ся целевой симптоматикой, по поводу которой врачом выбрано назначение этого класса средств [11].

В отличие от иных средств базовой терапии, антипсихотики — по сути единственный класс психотропных препаратов, обладающий прямым антагонистическим действием по отношению к моноаминергическим системам, что определяет понижение активности соответствующей медиаторной передачи на уровне блокады пре- и постсинаптических структур.

По-видимому, для формирования специфического антипсихотического действия имеет значение не столько доза, сколько продолжительность приема препарата и формирование специфического лекарственного метаболизма в головном мозге. При этом неспецифические эффекты психотропных препаратов развиваются достаточно быстро и часто зависимы от величины дозы, столь же быстро могут формироваться и отдельные НЯ.

В связи с появлением последних генераций антипсихотиков спектр НЯ антипсихотиков сместился с нейротропных и синаптропных эффектов в сторону метаболических нарушений, развивающихся преимущественно в фазе поддерживающего лечения (общеметаболические нарушения, приводящие к увеличению массы тела, гепато-и кардиотоксические эффекты, угнетение кроветворения) [12]. Исследований, посвященных развитию таких нежелательных явлений, значительное число работ [13]. К сожалению, в практическом плане по профилактике и купированию этих НЯ значимых «открытий» не случилось. Отчасти изучена феноменология, приводящая к развитию таких НЯ, но не найдены пути профилактики и их коррекции. Построены рейтинги наиболее «опасных» и сравнительно безопасных препаратов, тогда как профилактические меры — это формально ограничительный характер применения. К примеру, лекарственный паркинсонизм, гиперпролактинемия, набор веса и нейрокогнитивные нарушения оказались зависимыми от дозы, но связь между дозой антипсихотика и дислипидемией, гипотонией, судорогами, слюнотечением, нейтропенией и агранулоцитозом остается неясной из-за неоднозначных результатов и ограниченных данных [14].

Значительно лучше в рамках проведения коррекционных мероприятий обстоит ситуация, с быстро формирующимися НЯ в виде гиперпролактинемии и острых экстрапирамидных дисфункций, при которых помогает холинолитическая коррекция, но не их хронических эквивалентов (поздняя дискинезия, нарушения сексуальной сферы). Столь же малоперспективной оказалась и разработка путей коррекции психотропных НЯ с целью нормализации когнитивных функций на фоне приема высокопотентных антипсихотических средств первого поколения. При этом введение в практику антипсихотиков второй генерации

лишь немногим снизило актуальность проблемы, возможно, за счет дефицита терапевтического потенциала препаратов вследствие модуляции полисинаптических взаимодействий на уровне моноаминергических систем.

Тем не менее общим в действии антипсихотических средств является их способность к блокаде дофаминергической передачи в структурах мозга, с чем, упрощая связывают и развитие антипсихотического действия, и развитие синдрома злокачественной гипертермии / нейролепсии (ЗНС). Однако несмотря на то, что блокада дофаминергических систем несомненно связана с развитием этого тяжелого побочного явления, тем не менее системное токсическое действие, обусловленное предполагаемой генетической уязвимостью, является ведущим в развитии этого патологического процесса. Как известно, надёжным маркером блокады дофаминергических рецепторов является увеличение уровня пролактина крови, наступающее через часы после введения антипсихотика, в то время как специфическое антипсихотическое действие формируется на протяжении недель и месяцев, а развитие ЗНС наступает непредсказуемо, внезапно, на фоне продолжающейся терапии. Сказанное может свидетельствовать о диссоциативной чувствительности дофаминергических структур головного мозга в ходе лечения при формировании специфического лекарственного метаболизма.

Таким образом, наиболее эффективная коррекция НЯ, индуцированных антипсихотиками, распространяется на острые НЯ и практически не касается нежелательных эффектов, формирующихся в ходе длительного лечения. В подобной ситуации потенциальный путь коррекции может быть связан с периодической сменой препаратов базовой терапии [15], но не комбинациями препаратов, повышающими риски формирования НЯ [16].

Антидепрессанты

Несмотря на то, что «терапевтические» позиции антидепрессантов значительно ослабли за последнее десятилетие, но расширение рекомендаций к их назначению позволяет рассматривать эти препараты как второй по значимости класс средств базовой психотропной терапии [17, 18]. В соответствии с выше представленным делением НЯ (см. Введение), последние более гетерогенны, но часто менее жизнеугрожаемы, чем возникающие при назначении антипсихотиков. Поскольку антидепрессивные препараты очень часто выступают как препараты адъювантной терапии в составе комбинированного, одновременного назначения с антипсихотическими средствами, то часть общих нежелательных эффектов могут суммироваться и приводить к более ярким и очерченным нежелательным эффектам (потенцирование холинолитических и седативных эффектов, метаболические нарушения).

Поскольку у большей части антидепрессантов определяются серотонимиметические эффекты, то специфическими нежелательными побочными явлениями является симптоматика серотонинового синдрома и нарушение перистальтики кишечника (тошнота, запоры, диарея, сексуальная дисфункция) [19], антигистаминных эффектов (снотворное действие и набор веса) [20, 21]. В отношении формирования внезапных нежелательных психотропных эффектов при использовании антидепрессантов, они встречаются сравнительно редко и проявляются чаще при их назначении как адъювантных препаратов при лечении шизофренической патологии или отдельных тревожных нарушений психотического регистра.

В отличие от антипсихотиков биологическое действие препаратов вполне физиологично и в большинстве своем обусловлено не прямой синаптической стимуляцией эндогенных систем. При этом, формируемый ими в ходе терапии «антидепрессивный метаболизм», разрушается в случае прекращения лечения. Это является причиной формирования соответствующего синдрома лишения в результате рассогласования активности метаболизма в серотонинергических системах организма (ЦНС, вегетативной нервной системы и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)).

В известной мере значимые опасения возникают у врача при назначении препаратов подросткам и лицам молодого возраста с потенциальным риском повышения суицидальных намерений, что разделяется не всеми исследователями [22, 23].

Депрессивные состояния в структуре биполярного аффективного расстройства (БАР) по современным представлениям в большинстве случаев не требуют назначения антидепрессантов, а базовая терапия аффективного расстройства носит комбинированный характер — сочетание атипичного антипсихотика и антиконвульсанта, или препаратов лития. Применение препаратов лития в психиатрической практике, с момента их внедрения в клинику, занимает исключительную фармакотерапевтическую нишу, связанную с терапией аффективных нарушений [24]. Широкое применение препаратов лития с 60 г. прошлого столетия до настоящего времени позволяет рассматривать их как средства базовой терапии в составе комбинированного лечения БАР. За долгие годы назначения лития хорошо установлены нежелательные эффекты, возникающие в основном в ситуациях предельного повышения концентрации катиона в плазме крови [25]. Несмотря на хорошо изученную фармакокинетику лития, индивидуальные свойства элиминации препарата определяют факторы потенциальной передозировки, связанные с изменением водно-солевого обмена. При этом, фармакодинамические механизмы действия препарата во многом до сих пор остаются не известными. В зависимости от исторического

периода исследований, фармакодинамику лития связывали с изменением электролитного обмена (натрий-литиевая вне- и внутриклеточная конкуренция), попытками увязать действие катиона с активностью медиаторных моноаминергических систем [26] и на последнем этапе — с непосредственным вмешательством катиона в систему вторичных внутриклеточных посредников системного действия эндогенных метаболитов [27, 28].

Антиконвульсанты

За последнее десятилетие применение антиконвульсантов в психиатрической и наркологической практике значительно выросло. В основном они являются средствами адъювантной терапии, но практика их применения при психической патологии недостаточно структурирована. Для коррекции острых психических нарушений препараты назначаются крайне редко и в основном их использование связано с этапом поддерживающей терапии, на котором их включают в схему лечения, экстраполируя эффекты тимостабилизирующего действия по аналогии с терапией биполярного расстройства. Однако, в отличие от рассмотренных выше препаратов базовой психотропной терапии, фармакодинамическое действие антиконвульсантов направлено на электрофизиологические механизмы возбуждения (ионные каналы на мембране нейронов), стабилизируя клеточную электрическую активность и предупреждая развитие гипервозбудимости и генерализации процесса.

Тимостабилизирующий эффект антиконвульсантов, вероятно, является следствием их непосредственного фармакодинамического действия, связанного с изменением электрогенных свойств мембран нейронов в структурах с наиболее низким порогом возбудимости клеток (гиппокамп, амигдаллярный комплекс). Однако, учитывая сказанное выше, адекватнее рассматривать эффект антиконвульсантов не как тимостабилизирующий, а как психостабилизирующий [29], что и, вероятно, может определять особенности их назначения в зависимости от фазы течения психических нарушений.

Непредсказуемость появления НЯ при назначении антиконвульсантов зачастую не связана с клинической эффективностью, хотя теоретически порог возникновения побочных эффектов должен быть значительно выше, чем порог эффективности [30].

Ранее при назначении классических антиконвульсантов (дифенин, производные барбитуровой кислоты) применялась стратегия подбора дозы от максимальной (с появлением НЯ) с постепенным снижением дозы до пороговой величины, определяемой по исчезновению нежелательного эффекта.

В отличие от рассмотренных первых двух классов препаратов, согласно основной фармакодинамике антиконвульсантов, их действие непосредственно не связано с влиянием на медиаторную передачу мозга, что определяет отсутствие пря-

мого синаптотропного действия препаратов и связанных с этими процессами терапевтически и НЯ. При всем сказанном, препараты с ГАМК-миметической активностью могут оказывать тормозящие эффекты на уровне модуляции активности отдельных нейрональных сетей, оказывая депримирующее действие и вызывая при этом, связанное с дозой центральное диссоциативное действие.

Однако значительная часть НЯ при терапии антиконвульсантами схожа между разными химическими производными, вероятно, за счет антифолатных эффектов и модуляции митотических процессов в тканях с высокой детерминированной способностью к обновлению (клетки крови, половые клетки, эпителий ЖКТ и др.) [31], кроме того нельзя исключать, что общим эффектом антиконвульсантов является не только их действие, предупреждающее развитие судорожных приступов, но столь же характерным признаком являются и нежелательные эффекты, частью напоминающие побочные эффекты цитостатиков: угнетение кроветворения (фебрильная нейтропения, агранулоцитоз, панцитопения), диспепсический синдром, поражение кожи и слизистых оболочек, выпадение волос, кардиотоксическое, нефротоксическое, гепатотоксическое действие, поражения репродуктивной системы, эмбриотоксичность, идиосинкразия, а также психические расстройства [32]. При этом какие-либо указания в отношении профилактики развития таких эффектов не обсуждаются на страницах научной печати (исключая добавки фолиевой кислоты). Очевидно то, что подобные НЯ имеют отношение как к метаболической активности этих веществ (возможно генетически предопределенной), так и, вероятно, к развитию специфического терапевтического действия.

Казалось бы, даже хорошо известный препарат, клоназепам — производное бензодиазепина, также не лишен некоторых отмеченных выше эффектов, но при этом ему присуще и действие классических производных этого класса, что находит применение в психиатрической практике.

В отношении психотропных нежелательных эффектов «классических» антиконвульсантов сведения крайне ограничены [33], хотя для барбитуратов и бензодиазепинов они ретроспективно известны.

В заключении этой части работы следует заметить, как в отношении рассмотренных выше классов препаратов у антиконвульсантов есть остро развивающееся серьезное НЯ — злокачественный гипертермический синдром (ЗГС), протекающий не только с повышением температуры, но и сопутствующим поражением кожных и слизистых покровов. Развивающийся в тяжелых случаях рабдомиолиз [34,35] может сопровождаться полиорганной недостаточностью, при которой часто наступает фатальный исход. Единственным препаратом, реально снижающим риск летального ис-

хода, также как и в случае развития ЗНС является назначение «специфического миорелаксанта» — дантролен [36, 37].

СИСТЕМНЫЕ НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА И ФУНКЦИЙ МОЗГА

Таким образом, НЯ, формирующиеся в ходе проведения терапии базовыми психотропными препаратами при оказании специализированной психиатрической помощи, дополнительно к сказанному выше (см. Введение) могут классифицироваться и по степени их опасности. Риски, связанные с формированием гипертермических синдромов, имеют место при использовании любых средств базовой психотропной терапии, способных инициировать нейрональную диссоциацию. Наименее фатален серотониновый синдром, тогда как ЗНС и ЗГС [37, 38] весьма серьезные жизнеугрожаемые состояния, требующие вмешательства специалистов реанимационной практики. При этом патогенез формирования этих тяжелых состояний не совсем понятен, но наиболее вероятной причиной этих осложнений являются нарушения, индуцированные системными кальций опосредованными механизмами внутриклеточного регулирования метаболизма [39]. Избыточное накопление внутриклеточного кальция, выступающего в роли вторичного внутриклеточного посредника регуляции метаболизма, может приводить к повреждению клеток [40]. Вероятно то, что на ранних этапах формирования ЗНС агонисты дофамина (бромокриптин) и антагонисты серотонина (ципрогептадин), как функциональные агонисты дофаминергических и антагонисты серотонинергических процессов могут оказать терапевтический эффект, но в условиях генерализации процесса они становятся неэффективными и единственным реальным препаратом для оказания помощи является дантролен (см. выше). Учитывая межмедиаторный хотя бы частичный антагонизм серотонно-дофаминергических процессов в ЦНС [41, 42], препараты, усиливающие серотонинергические процессы при длительном назначении, могут инициировать ответ в виде недостаточности дофаминергической передачи.

Следует заметить, что эффективность дантролена, рассматриваемая с позиций *ex juvantibus* при разных нозологиях, позволяет предположить общие патогенетические звенья, связанные с развитием гипертермии и гиперпирексии. Серотониновый синдром — это самый легкий вариант течения системной реакции, а злокачественный гипертермический синдром, как и подобные жизнеугрожаемые состояния после анестезии, можно полагать, обусловлены генетическими дефектами в системе вторичных посредников трансдукции моноаминергических процессов в эффекторную

Таблица

**Частота и выраженность развития нежелательных явлений
при проведении базовой психотропной терапии**
Frequency and severity of adverse events during basic psychotropic therapy

	Антипсихотики	Антидепрессанты	Антиконвульсанты
Диссоциация функций ЦНС	+++	+	-
Вегетативные нарушения	++	+	-
Органотропные нежелательные эффекты	+	+	++
Системные нейрометаболические расстройства (частота встречаемости, %)	++ (0,1-0,3 %)	++ (0,1-0,2 %)	+++ (<0,05 %)

Примечание: ЦНС — центральная нервная система;

Выраженность явления: + — слабо; ++ — выражено; +++ — сильно;

Диссоциация функций ЦНС (нарушения поведения, качества когнитивных способностей и неврологических функций);

Вегетативные нарушения (дизрегуляция вегетативных функций, контроля сердечного ритма, тонуса гладкой мускулатуры внутренних органов, активности экзокринных желез организма);

Органотропные нежелательные эффекты (нарушение эмбрионального развития, нарушения кроветворения, кожная патология, кардио-, гепато- и нефротоксичность);

Системные нейрометаболические нарушения (злокачественный нейролептический синдром, серотониновый синдром, злокачественная гипертермия).

клетку с последующими системными нарушениями метаболизма всех органов и систем.

Крайне тяжелым и практически некорректируемым осложнением антипсихотической терапии является развитие поздней дискинезии, формирующейся в процессе длительного приема антипсихотических препаратов [42, 43]. По всей видимости, это состояние связано с развитием диссоциативной чувствительности нейрональных дофамин чувствительных систем в разных регионах мозга. В отличие от неспецифического механизма гипертермических реакций, развитие поздней дискинезии прямо связано с фармакодинамикой антипсихотиков, длительностью их приема и лекарственной комплаентностью пациента.

Завершая, следует подчеркнуть, что в зависимости от динамики клинического течения психической патологии, как отмечалось выше, одно и то же несерьезное побочное явление может оцениваться как желательное на определённой фазе терапии, когда речь идет о центральных эффектах антипсихотиков и антидепрессантов. Снижение когнитивного функционирования для антипсихотиков и гипно-седативное действие антидепрессантов в острой фазе патологии способствуют быстрой деактуализации патологической симптоматики и снижению симптомов ажитации. Эти же эффекты в ходе продолжающейся терапии становятся нежелательными и часто являются причиной снижения комплаентности.

Аналогичным образом могут рассматриваться и вегетотропные побочные эффекты, реализуемые в части изменения функциональной активности ЖКТ (усиление или подавление перистальтики, частота сердечных сокращений, изменение артериального давления и пр.).

В виду того, что отдельные препараты, входящие в состав одной группы, сильно различаются как по спектру нейрохимической активности, так и по характеру клинического действия, представленная таблица отражает условные риски развития НЯ, регистрируемых в рамках рутинной клинической практики.

При всем сказанном, регистрируемые в психиатрической практике нарушения кроветворения, аллергические реакции, повышение активности печеночных ферментов, поражение кожи и слизистых и т.п., встречаясь эпизодически, позволяют предположить наличие генетической уязвимости той или иной системы, сенсibilизированной к действию конкретных препаратов [43].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, рассматривая побочные эффекты, возникающие в ходе назначения базовых психотропных препаратов, возможна их систематизация при выделении неспецифических и специфических эффектов. Последние связаны с синаптотропным действием, когда, в зависимости от фазы течения заболевания, длительности назначения препаратов может меняться ответ на терапию, без трансформации симптомов НЯ. Поэтому в зависимости от клинической ситуации, рассматриваемые побочные явления могут быть, как желательными, так нежелательными. Эти эффекты предсказуемы и определяются известной фармакодинамикой препаратов.

Неспецифические серьезные НЯ присущи всем препаратам базовой терапии и они, по-видимому, носят системный характер, в патогенезе развития

которых имеются сходные метаболические нарушения, детерминированные генетическими особенностями организма.

Литература

- McInerney B.E., Cross A.J., Alderman C.P., Ravi Bhat R. et al. Top 10 Signs and Symptoms of Psychotropic Adverse Drug Events to Monitor in Residents of Long-Term Care Facilities // *J Am Med Dir Assoc*. 2024 Sep. — 25(9). — 105118. doi: 10.1016/j.jamda.2024.105118. Epub 2024 Jun 29.
- Рябкова Н.Л., Везикова Н.Н., Марусенко И.М., Рябков В.А. Побочные действия лекарственных средств // Учебное пособие для самостоятельной работы студентов, интернов и ординаторов. — Петрозаводск, Издательство ПетрГУ. — 2014. — 43с.
- Нежелательные лекарственные реакции // Методические рекомендации для врачей. под ред. Л.Е. Зиганшиной и соавт. — Казань. — 2005. — 37с.4. Nnadi C.U., Malhotra A.K. Individualizing antipsychotic drug therapy in schizophrenia: the promise of pharmacogenetics // *Curr Psychiatry Rep*. — 2007 Aug. — 9(4). — P.313-8. doi: 10.1007/s11920-007-0038-2.
- Тиганов А.С. (под. ред.) Общая психиатрия. URL: <http://www.psychiatry.ru/lib/2/book/28/chapter/55> (дата обращения: 26.05.2025).
- Иммуносупрессивная терапия // Центр трансплантации печени НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. URL: <https://transpl.moscow/ist/> (дата обращения: 26.05.2025).
- Goldberg J.F., Ernst C.L. Core Concepts Involving Adverse Psychotropic Drug Effects: Assessment, Implications, and Management // *Psychiatr Clin North Am*. — 2016 Sep. — 39(3). — P.375-89. doi: 10.1016/j.psc.2016.04.001. Epub 2016 Jun 24.
- Chong S.A., Mythily, Mahendran R. Cardiac effects of psychotropic drugs // *Ann Acad Med Singap*. — 2001 Nov. — 30(6). — P.625-31.
- Stimmel G.L., Gutierrez M.A. Sexual dysfunction and psychotropic medications. *CNS Spectr*. 2006 Aug;11(8 Suppl 9):24-30. doi: 10.1017/s1092852900026730.
- Groleger U. Off-label use of antipsychotics: rethinking “off-label” // *Psychiatr Danub*. — 2007 Dec. — 19(4). — P.350-3.
- Leucht S., Priller J., Davis J.M. Davis Antipsychotic Drugs: A Concise Review of History, Classification, Indications, Mechanism, Efficacy, Side Effects, Dosing, and Clinical Application // *Am J Psychiatry*. — 2024 Oct 1. — 181(10). — P.865-878. doi: 10.1176/appi.ajp.20240738.
- Muench J., Hamer A.M. Adverse effects of antipsychotic medications // *Am Fam Physician*. — 2010 Mar 1. — 81(5). — P.617-22.
- Siafis S., Tzachanis D., Samara M., Papazisis G. Antipsychotic Drugs: From Receptor-binding Profiles to Metabolic Side Effects. // *Curr Neuropsychopharmacol*. 2018. — 16(8). — P.1210-1223. doi: 10.2174/1570159X15666170630163616.
- Yoshida K., Hiroyoshi T. Dose-dependent effects of antipsychotics on efficacy and adverse effects in schizophrenia // *Behav Brain Res*. — 2021 Mar. — 26. — P. 402,113098. doi: 10.1016/j.bbr.2020.113098. Epub 2021 Jan 5.
- Weiden P.J., Buckley P.F. Reducing the burden of side effects during long-term antipsychotic therapy: the role of “switching” medications. // *J Clin Psychiatry*. — 2007. — 68 Suppl 6. — P.14-23.
- Lähteenvuo M., Tiihonen J. Antipsychotic Polypharmacy for the Management of Schizophrenia // *Evidence and Recommendations Drugs*. — 2021 Jul. — 81(11). — P.1273-1284. doi: 10.1007/s40265-021-01556-4. Epub 2021 Jul 1.
- Kovich H., Kim W., Quaste A.M. Pharmacologic Treatment of Depression // *Am Fam Physician*. — 2023 Feb. — 107(2). — P.173-181.
- Sabella D. Antidepressant Medications *Am J Nurs*. 2018 Sep;118(9):52-59. doi: 10.1097/01.NAJ.0000544978.56301.f6.
- Rothmore J. Antidepressant-induced sexual dysfunction // *Med J Aust*. — 2020 Apr. — 212(7). — P.329-334. doi: 10.5694/mja2.50522. Epub 2020 Mar 15.
- David D.J., Gourion B. Antidepressant and tolerance: Determinants and management of major side effect // *Encephale*. — 2016 Dec. — 42(6). — P.553-561. doi: 10.1016/j.encep.2016.05.006. Epub 2016 Jul 14.s.
- Gill H., Gill B., El-Halabi S., Chen-Li D., Lipsitz O., Rosenblat J.D., Van Rhee T.E., Rodrigues N.B., Mansur R.B., Amna Majeed A., Lui L.M.W., Nasri F., Lee Y., McIntyre R.S. Antidepressant Medications and Weight Change: A Narrative Review *Obesity* // 2020 Nov. — 28(11). — P.2064-2072. doi: 10.1002/oby.22969. Epub 2020 Oct 6.
- Hatzinger M. Antidepressants and Suicidality: A Contradiction? *Praxis // Bern* 1994. — 2019. — 108(7). — P. 487-494. doi: 10.1024/1661-8157/a003235.
- Brent D.A. Antidepressants and Suicidality // *Psychiatr Clin North Am*. — 2016 Sep. — 39(3). — P.503-12. doi: 10.1016/j.psc.2016.04.002. Epub 2016 Jun.
- Rybakowski J.K. Lithium: Fifteen Years Later. // *Neuropsychobiology*. — 2024,83. — (5-6). P.205-213. doi: 10.1159/000542490. Epub 2024 Nov 7.
- Mohamadian M., Fallah H., Ghofrani-Jahromi Z., Rahimi-Danesh M., Shokouhi Qare Saadlou M-S., Vaseghi S. Mood and behavior regulation: interaction of lithium and dopaminergic system // *Naunyn Schmiedeberg Arch Pharmacol*. — 2023 Jul. — 396(7). — P.1339-1359. doi: 10.1007/s00210-023-02437-1.
- Medić B., Stojanović M., Stimec B.V., Divac N., Savić Vujović K., Stojanović R., Čolović M., Krstić D., Prostran M. Lithium — Pharmacological and Toxicological Aspects: The Current State of the Art. // *Curr Med Chem*. — 2020. — 27(3). — P.337-351. doi: 10.2174/0929867325666180904124733.
- Phiel C.J., Klein P.S. Molecular targets of lithium action // *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. — 2001. — 41. — P.789-813. doi: 0.1146/annurev.pharmtox.41.1.789.
- Козловский В.Л. Почему противосудорожные препараты являются тимостабилизаторами (психофармакология противосудорожных средств) // *Социальная и клиническая психиатрия* — 2015. — Т. 25. — № 4. — С. 72-78.
- Troupin A.S. Dose-related adverse effects of anticonvulsants // *Drug Saf*. — 1996 May. — 14(5). — P.299-328. doi: 10.2165/00002018-199614050-00004.
- Lambie D.G., Johnson R.H. Drugs and folate metabolism *Drugs // Drugs*. — 1985, Aug. — 30(2). — P.145-55. doi: 10.2165/00003495-198530020-00003.
- Scott J.M., Weir D.G. Drug-induced megaloblastic change // *Clin Haematol*. — 1980 Oct. — 9(3). — P.587-606.
- Schmitz B. Psychiatric syndromes related to antiepileptic drugs // *Epilepsia*. — 1999. — 40 Suppl. — 10. — S65-70. doi: 10.1111/j.1528-1157.1999.tb00887.x.
- Wolf P. Use of antiepileptic drugs in epileptology with respect to psychiatry // *Neuropsychobiology*. — 1993. — 27(3). — P.127-31. doi: 10.1159/000118967.
- Jermai D.M., Crismon M.L. Psychotropic drug-related rhabdomyolysis // *Ann Pharmacother*. — 1992, Jul-Aug. — 26. — 7-8. — P.948-54. doi: 10.1177/106002809202600719.
- Gerbershagen M.U., Fiege M., Krause T., Agarwal K., Wappler F. Dantrolene // *Pharmacological and therapeutic aspects Anaesthetist*. 2003. — Mar, 52. — 3. — P.238-45. doi: 10.1007/s00101-003-0461-7.
- Muehlschlegel S., Sims J.R. Dantrolene: mechanisms of neuroprotection and possible clinical applications in the neurointensive care unit // *Neurocrit Care*. — 2009. — 10(1). — P.103-15. doi: 10.1007/s12028-008-9133-4. Epub 2008 Aug 12.
- Tormoehlen L.M., Danie E.R. Neuroleptic malignant syndrome and serotonin syndrome // *Handb Clin Neurol*. — 2018. — 157. — P.663-675. doi: 10.1016/B978-0-444-64074-1.00039-2.
- Hasbi A., O'Dowd B.F., George S.R. Heteromerization of dopamine D2 receptors with dopamine D1 or D5 receptors generates intracellular calcium signaling by different mechanisms // *Curr Opin Pharmacol*. — 2010. — Feb, 10(1). — P.93-9. doi: 10.1016/j.coph.2009.09.011. Epub 2009 Nov 10.
- Ording H. Pathophysiology of malignant hyperthermia // *Ann Fr Anesth Reanim*. — 1989. — 8(5). — P.411-6. doi: 10.1016/S0750-7658(89)80007-3.
- Carroll B.T. The universal field hypothesis of catatonia and neuroleptic malignant syndrome // *CNS Spectr*. — 2000, Jul. — 5(7). — P.26-33. doi: 10.1017/s1092852900013365.
- Лиманский Ю.П. Морфофункциональная организация аминергических систем и их роль в моторной деятельности мозга // *Успехи физиологических наук*. — 1990. — Т.21, N2. — С. 3-17.
- Frei K. Tardive dyskinesia: Who gets it and why Parkinsonism // *Relat Disord*. — 2019, Feb. — 59. — P.151-154. doi: 10.1016/j.parkrel-dis.2018.11.017. Epub 2018 Nov 15.
- Malhotra A.K., Murphy G.M., Jr, Kennedy J.L. Pharmacogenetics of psychotropic drug response // *Am J Psychiatry*. 2004 May. — 161(5). — P.780-96. doi: 10.1176/appi.ajp.161.5.780.

Комната — весь мир

Фильм «Комната»: комментарий практикующего психиатра

А.Д. Артемьев¹, младший научный сотрудник.

¹Отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Российский научный центр психического здоровья (115522, Москва, Каширское шоссе, 34).

В фильме «Комната», сценарий которого основан на реальных событиях, достоверно показаны механизмы адаптации матери и ребенка в условиях длительной изоляции, психологического давления и физических страданий. В жестких условиях включаются все скрытые ресурсы организма для обеспечения выживания. Но как только напряжение спадает, нарастают симптомы посттравматического стрессового расстройства. Гибкость детской психики позволяет быстрее адаптироваться к новой реальности, взрослому человеку необходима поддержка и корректная терапия.

Ключевые слова: изоляция, насилие, психическое развитие ребенка, посттравматическое стрессовое расстройство, адаптация, социальная перезагрузка.

The room is the whole world

The movie “The Room”: comment by a practicing psychiatrist

A.D. Artemiev¹, Junior Researcher.

¹Department for the Study of Endogenous Mental Disorders and Affective States, Federal State Budgetary Scientific Institution Russian Scientific Center for Mental Health (Kashirskoe Shosse, 34, 115522, Moscow).

The film “The Room”, the script of which is based on real events, reliably shows the mechanisms of adaptation of mother and child in conditions of prolonged isolation, psychological pressure and physical suffering. In harsh conditions, all the hidden resources of the body are activated to ensure survival. But as soon as the tension subsides, the symptoms of post-traumatic stress disorder increase. The flexibility of the child’s psyche allows for faster adaptation to a new reality, and an adult needs support and proper therapy.

Keywords: isolation, violence, child’s mental development, post-traumatic stress disorder, adaptation, social reset.



Фильм «Комната» (Ирландия, Канада Великобритания, 2015, режиссер Ленни Абрахамсон, в главных ролях Бри Ларсон Джейкоб Трамблэ) — редкий пример триллера и семейной драмы. Экранизация одноименного романа Эммы Донохью, которая является автором сценария, рассказывает о мальчике Джеке и его маме Джой, запертых в крошечном помещении, которое для ребёнка стало целым миром. Фильм осторожно смещает оптику с факта насилия на то, как рождается, выживает и трансформируется связь матери и сына. Фильм основан на реальных событиях. Кинокартина демонстрирует, как длительное насилие и изоляция меняют психику взрослой девушки и формируют психическое развитие ребёнка.

Главными героями выступают мать по имени Джой и её сын Джек. История воспринимается глазами ребёнка, для которого «Комната» — не тюрьма, а место в космосе со своими правилами и ритуалами. Благодаря этому взгляду фильм избегает частой «жути», свойственных для экранизаций подобного жанра: вместо фокуса на преступнике и механике пленения зритель проживает процесс взросления и болезненного открытия реальности. Когда границы физического пространства в середине фильма меняются, психологические — лишь

начинают проступать — и вторая часть фильма превращается в исследование психических травм, адаптации и хрупкости человеческой психики. Картина предоставляет зрителю возможность взглянуть на историю двух параллельных травм: у Джой — травмы пленения и сексуального насилия с признаками ПТСР, у Джека — травмы резкой смены всего окружающего мира, выход в открытую реальность с последующей социальной перегрузкой.

Сюжетно «Комната» строится на ясной дуге: от выживания — к освобождению — к исцелению. Фильм упорно отказывается от шоковой ценности в пользу эмпатии и наблюдательности, позволяя героям не «объясняться», а проживать.

Бри Ларсон, она же Джой, играет не «икону стойкости», а живого человека: иссушённую усталостью, вспышками раздражения, инстинктивной нежностью и чувством вины. Её героиня — это не только жертва обстоятельств, но и человек, вынужденный изобретать мир с нуля каждый день. Находясь в комнате, Джой живёт в состоянии хронической угрозы. Её поведение отображает огромное желание выжить, спасти себя и своего сына из плена, в который она когда-то попала. Джой создаёт ритуалы, строгие правила, различные объяснения для Джека, мол комната «как весь мир, только меньше». В свою очередь подобные формулировки выступают в качестве защитной конструкции, чтобы сохранить психику ребёнка в безопасности. Она задействует весь свой жизненный потенциал для того, чтобы снизить чувство беспомощности, обеспечить своему ребёнку безопасность и дать ему первичные знания, которыми владеет сама. При этом, пока Джой находилась в пределах комнаты, её психика использовала максимальный энергетический ресурс, что позволило её «ранам» долго не кровоточить. Однако всё меняется после её долгожданного освобождения. Сначала она прибывает в состоянии радости и внутреннего умиротворения. Однако совсем недолго. У главной героини стремительно и отчётливо начинает проявляться симптоматика ПТСР: навязчивые воспоминания, медийное внимание, вопросы интервьюеров, семейный ужин, отстранённость, снижение интереса к прежним занятиям, бытовые запахи и звуки — всё это начинает болезненно раздражать главную героиню и будто заново возвращает её в плен. В какой-то момент можно даже отметить состояние дезадаптации, что уже заставляет окружающих задуматься о необходимости помочь Джой справиться с новым испытанием. Фильм тонко показывает не столько флэшбэки, сколько эмоциональные провалы при

столкновении воспоминаний с текущей реальностью. Негативные навязчивые мысли, убеждения и чувство вины начинают разворачиваться также после освобождения: «Я должна была...», «Я испортила ребёнку жизнь». Выраженное чувство вины выжившей и стыда — частая и эмоциональная часть картины. Весь этот снежный ком продолжает расти, приводя Джой к вспышкам гнева, нарушению сна, повышенной настороженности. В какой-то момент героиня достигает «критической точки кипения» и совершает попытку суицида после неудачного интервью — нередкий



исход декомпенсации в подобных случаях. Этот момент подчёркивает, что выход из физического плена не означает автоматического освобождения от психологического. Дальше — постепенная стабилизация: дистанция от медиа, поддержка семьи, восстановление связи с Джеком. В сухом остатке специалист может отметить у Джой наличие ПТСР на фоне длительного насилия. Многие признаки соответствуют тому, что в современной классификации называют комплексной травмой: устойчивые проблемы регуляции эмоций, негативная самооценка, нарушения доверия и близости. Фильм показывает, как эти симптомы усиливаются внешней стигматизацией и навязчивым интересом общества.

Джейкоб Трамблэ, он же Джек, не клишированный «киношный мудрец в теле ребёнка», а действительно пятилетний мальчик, чья логика, страхи и восторг достоверны и реалистичны. «Комнатные» планы и продуманная работа с предметной средой превращают тесное пространство в карту приключений: каждая царапина, луч света, предмет — не просто деталь, а часть мироздания Джека. С момента рождения Джек развивается в условиях мира, карта которого сведена к четырём стенам, источником безопасности является Джой, а всё, что за этими пределами — космос.



У ребёнка сформирована крепкая привязанность к матери, ведь больше он никого и не знал. Периодически он наблюдал приходы их «пленителя», сцены насилия и издевательств над Джой, однако, сам мальчик прямого контакта с ним почти не имел. Для ребёнка 5 лет сенсорный и социальный опыт Джека крайне ограничены. Отсюда его своеобразная речь, буквальность мышления, игровая насыщенность бытовых предметов, что является отражением условий его развития. Всё меняется в момент побега. Для Джека происходит глобальное обрушение базовой картины мира. После смены декораций, камера будто начинает «дышать» шире, но ощущение растерянности только усиливается: свобода оказывается испытанием не меньше плена. Музыка ненавязчива, но точно подхватывает эмоциональные переломы, особенно в моментах, когда слова бессильны. Парадоксально, но мальчик воспринимает «комнату» как защищающее пространство; открытый мир пугает больше, чем плен, потому что незнаком. После освобождения у Джека мы видим ПТСР со смешанной симптоматикой. Первое, что с ним происходит — это сенсорная перегрузка: свет, шум, пространство — вызывают ступор или растерянность. Нарастает тревога на фоне расставания с матерью: стремление держаться за привычные ритуалы, сопротивление новому, детские страхи. Однако всё это начинает плавно и стремительно нивелироваться благодаря возрасту: мозг ребёнка пластичен и высоко обучаем, а адаптация к окружающим условиям происходит гораздо быстрее, чем у взрослых. Джек сталкивается с миром дозированно: свет, двор, супермаркет, новые люди — шаг за шагом. Мальчик быстро осваивает новые слова, социальные правила, привязывается к бабушке и её супругу, пробует себя в различных играх, начинает вести себя активно и непринуждённо, будто забывая о прошлой жизни.

Несмотря на огромное разнообразие открываемых Джеком новшеств, его связь с матерью не прерывается и остаётся опорой даже на расстоянии. Жест с волосами — «сила для мамы» — детский, но психотерапевтически символ передачи ресурса, чтобы их связь не прервалась. Клинически у детей его возраста после подобного опыта возможны ПТСР по «детским критериям» (с преобладанием поведенческих и игровых-символических проявлений), но столь же вероятна и картина адаптационного расстройства с тревогой и сенсорной перегрузкой. Важно, что фильм не стигматизирует Джека диагнозами, а показывает естественный путь освоения мира при поддержке взрослых.

В финале происходит возвращение в «Комнату». Это выглядит достаточно символично и близко по смыслу к терапевтической экспозиции и ритуалу прощания: когда место, бывшее вселенной ужаса, сжимается до «коморки», и можно сказать ему «пока». Это не магическое исцеление, но важный этап для открытия двери в будущее. Кино повествует о том, как любовь способна не только спасти, но и распахнуть пространство от четырех стен до неба и делает это так тихо и сдержанно. Но цена этой необходимой сдержанности может эхом раздаваться внутри ещё очень долго. Для Джой освобождение — это начало лечения развившегося сложного, волнообразного течения ПТСР с виной, стыдом и гневом. Джеку же — сила детской привязанности и гибкости ума, позволяют пережить психическую травму, при должной поддержке, без видимых последствий. Фильм показывает, что исцеление — это не про то, чтобы забыть, а про создание новой карты мира, в которой травма занимает своё место, но больше не управляет жизнью. Для зрителя — это простая и светлая мысль, а вероятно, редкая возможность сказать: да, так бывает, но нужно жить дальше.



РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ
имени Патриса Лумумбы
ФАКУЛЬТЕТ НЕПРЕРЫВНОГО
МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Медицинский институт
**КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ
И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**



При поддержке:

Российское общество психиатров (РОП)

Московский областной научно-исследовательский
клинический институт (МОНИКИ) им. М.Ф. Владимирского

АНО «Научно-практический центр «Психея-ПВМ»

ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №13»
ДЗ г. Москвы

ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №4
им. П.Б. Ганнушкина» ДЗ г. Москвы

ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №13»
ДЗ г. Москвы

Приглашают Вас принять участие в
XIV Всероссийском ежегодном психиатрическом Форуме
с конференцией
«ЧЁРНЫЕ ДЫРЫ ПСИХИАТРИИ»
23–24 октября 2026 г.

ФОРМАТ:

23 октября — очный, Место проведения Москва, ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского», ул. Щепкина, 61/2 (корпус №9, 3 этаж) Регистрация <https://site.mashroom.online/max/?hash=HRSPQmJP>

24 октября — онлайн, Регистрация и трансляция <https://site.mashroom.online/max/?hash=dKAvOtsn>

АУДИТОРИЯ: врачи психиатры, неврологи, психотерапевты, наркологи и др.

ПОСЕЩЕНИЕ: бесплатное

АККРЕДИТАЦИЯ: программа конференции подается на аккредитацию в Координационный совет НМО при МЗ РФ для получения зачетных единиц (кредитов) в рамках Программы по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию

ВЫСТАВКА. В рамках конференции будет организована выставка и/или видеопрезентация достижений фармацевтической отрасли, медицинских издательств и журналов.

ИНФОРМАЦИЯ о конференции будет размещена на сайте
Российского общества психиатров (<https://psychiatr.ru/>)

Кафедры <https://esystem.rudn.ru/faculty/mi/departments/kafedra-psihiatrii-psihoterapii-i-psihosomaticheskoi-patolog-5d63c93d7514a/16-17-oktyabrya-2026nbspxiv-vserossiiskii-ezhegodnyi-psihiat>

Информационная поддержка: Журналы:

«Клинический разбор в общей медицине» (Scopus, ВАК, РИНЦ)

«Психиатрия и психофармакотерапия» (ВАК, РИНЦ)

«Современная терапия в психиатрии и неврологии» (РИНЦ)

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЗАТОР — АНО «Научно-практический центр «Психея-ПВМ»