

ISSN: 2500-0667



ВЕСТНИК

УРАЛЬСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА

Выпуск 1
2021

*посвящается 85-летию кафедры
психиатрии, психотерапии и наркологии
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России*

**ВЕСТНИК
Уральского государственного
медицинского университета**

Научно-практический журнал
№ 1, 2021

**Журнал является печатным органом
Федерального государственного
бюджетного образовательного
учреждения высшего образования
«Уральский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)**

Учредитель

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Адрес редакции:

620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3
Издательство УГМУ (каб. 310).
Телефон: (343) 214-85-65
E-mail: pressa@usma.ru

Руководитель РИО УГМУ О. Зорина
Редактор Е. Бортникова
Корректор И. Мокрушина
Дизайн, верстка — И. Иванов

Номер подписан в печать 19.04.2021 г.
Печатается по решению Ученого совета
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
(протокол № 7 от 19.03.2021)

Свидетельство о регистрации
ПИ № ФС77-65162 от 28 марта 2016 г.
Выдано Федеральной службой
по надзору в сфере связи, информационных
технологий и массовых коммуникаций
(Роскомнадзор)

Зарегистрировано в Национальном
агентстве ISSN Российской Федерации.
Изданию присвоен номер
ISSN: 2500-0667

Журнал включен в аналитическую
базу данных

**«Российский индекс научного
цитирования»**

Подписной индекс издания в каталоге
«Пресса России» — 66018
Цена свободная.

Тираж 100 экз.

Все публикуемые статьи
рецензируются

**За содержание статей
ответственность несут авторы.
Редакция оставляет за собой право
сокращать объем публикуемых
материалов. Все материалы публикуются
впервые, перепечатка — только
с письменного разрешения редакции.
Эксклюзивные материалы
являются собственностью
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

О.П. Ковтун

главный редактор

ректор, доктор медицинских наук, профессор,
член-корреспондент РАН, заслуженный врач РФ,
Уральский государственный медицинский университет

М.А. Уфимцева

заместитель главного редактора

проректор по научно-исследовательской
и клинической работе,

доктор медицинских наук, профессор,

Уральский государственный медицинский университет

Т.В. Бородулина

заместитель главного редактора

проректор по образовательной деятельности,

доктор медицинских наук, доцент,

Уральский государственный медицинский университет

С.М. Кутепов — президент, доктор медицинских наук, профес-
сор, член-корреспондент РАН, заслуженный врач РФ, Уральский
государственный медицинский университет

А.У. Сабитов — проректор по непрерывному медицинскому об-
разованию и региональному развитию, доктор медицинских наук,
профессор, заслуженный работник высшей школы РФ, Ураль-
ский государственный медицинский университет

С.А. Чернядьев — декан лечебно-профилактического факуль-
тета, зав. кафедрой хирургических болезней, доктор медицинских
наук, профессор, Уральский государственный медицинский уни-
верситет.

И.В. Вахлова — декан педиатрического факультета, доктор меди-
цинских наук, профессор, Уральский государственный медицин-
ский университет

Е.В. Ануфриева — декан медико-профилактического факультета,
кандидат медицинских наук, доцент, Уральский государственный
медицинский университет

С.Е. Жолудев — декан стоматологического факультета, доктор
медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, Уральский
государственный медицинский университет

Г.Н. Андрианова — декан фармацевтического факультета, доктор
медицинских наук, профессор, Уральский государственный ме-
дицинский университет

В.В. Кузьмин — декан факультета повышения квалификации и
профессиональной переподготовки специалистов, доктор меди-
цинских наук, доцент, Уральский государственный медицинский
университет

Е.С. Набойченко — декан факультета психолого-социальной ра-
боты и высшего сестринского образования, доктор психологиче-
ских наук, профессор, Уральский государственный медицинский
университет.

СОДЕРЖАНИЕ

ОБРАЗОВАНИЕ

- Бабушкина Е.И.,
Сиденкова А.П., Чернова Т.В.**
АККРЕДИТАЦИЯ КАК ФАКТОР,
СТИМУЛИРУЮЩИЙ БАЗОВОЕ
И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ 3
- Попова И.В., Баранская Л.Т.**
ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ
ОТЕЧЕСТВЕННОГО ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ: АКТУАЛЬНЫЕ
АСПЕКТЫ ДЛЯ РЕАЛЬНОГО
ПРЕПОДАВАНИЯ..... 6
- Сиденкова А.П., Бабушкина Е.И.**
СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ
ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО
МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ 12
- Шкиндер Н.Л.,
Серкова-Холмская Е.А.**
МОТИВАЦИОННАЯ ГОТОВНОСТЬ
СТУДЕНТОВ УРАЛЬСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
К РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 15

НАУКА И ПРАКТИКА

- Бабушкина Е.И.**
НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ:
СОСТОЯНИЕ И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ 21
- Бабушкина Е.И.,
Сиденкова А.П., Сурнина Е.А.,
Шакирова Я.Р., Пастухова Л.В.**
ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ПЛАТФОРМЫ ZOOM ПРИ
ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕМЕНЦИИ
У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА..... 25
- Баранская Л.Т.,
Макарова В.В., Гаменюк С.П.**
РЕФЛЕКСИЯ ПСИХОПАТОЛОГИИ
ОБЫДЕННОЙ ЖИЗНИ КАК
ОБРЕТЕНИЕ СМЫСЛА БЫТИЯ..... 28

- Баранская Л.Т.,
Муратова А.А., Таскина Е.К.**
ОБРАЗ ТЕЛА И РАССТРОЙСТВА
ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ
У ПОДРОСТКОВ 31

- Баранская Л.Т., Селютина Ю.С.**
«СИНДРОМ ПЛЮШКИНА»,
ИЛИ ХОАРДИНГ: МЕЖДУ НОРМОЙ
И ПАТОЛОГИЕЙ 35

- Богданов С.И., Калмыкова Ю.А.**
ПИЛОТНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ТИПОВ
КУРИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
СТУДЕНТОВ ВУЗОВ
ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА 38

- Гаврилова В.Е.**
СЕМЕЙНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК
КАК ФАКТОР ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
АДАПТАЦИИ К ПРОГРАММНОМУ
ГЕМОДИАЛИЗУ 41

- Есина О.Б.,
Каменская А.И., Родюшкина А.К.**
МАТЕРИНСКИЙ СТРЕСС
ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
КАК ПРЕДИКТОР НАРУШЕНИЙ
ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ..... 44

- Жмудь М.В., Сиденкова А.П.**
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
ПОВСЕДНЕВНОЙ АКТИВНОСТИ
ПРИ ПОЗДНИХ ДЕМЕНЦИЯХ 46

- Левит А.Л.,
Баранская Л.Т., Колесник А.И.**
ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ФАКТОР
В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ПРОБЛЕМА
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ..... 49

- Мурзакаев А.А., Есина О.Б.,
Громова А.А., Сизикова Е.А.**
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19..... 53

- Орлов Г.В.,
Вердиев М.А., Коновалова В.Н.**
ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И УРОВЕНЬ
АГРЕССИИ ЖЕНЩИН, ВЫЗВАННЫЕ
ДИСФОРИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ
ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ, КАК ПРЕДИКТОРЫ
ДЕЛИНКВЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ 56

Осколкова С.Н.
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ
РАСХОЖДЕНИЯ В ПСИХИАТРИИ
ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЯХ 60

**Сиденкова А.П., Литвиненко В.В.,
Хилюк Д.А., Мельник А.А.,
Сердюк О.В., Анохина М.А.**
КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ
КАК ПРЕДИКТОР ПСИХИЧЕСКОЙ
ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ
ПАТОЛОГИЧЕСКОМ СТАРЕНИИ ЦНС 65

Степанова И.В., Иванова Г.Р.
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ
МУЛЬТИИНФАРКТНОЙ
ДЕМЕНЦИИ В РАЗВИТИИ
АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ..... 68

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

**Баранская Л.Т.,
Горбов А.А., Грипич Е.Д.**
ВЛИЯНИЕ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ
НА КОГНИТИВНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
СТУДЕНТОВ И УЧАЩИХСЯ 72

**Васильева А.З.,
Епанешникова Н.В., Пашков А.А.**
ЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ И
НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОДЫ
К ИЗУЧЕНИЮ НАРУШЕНИЙ ЧТЕНИЯ 76

Есина О.Б., Литвина Л.Д.
АКТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ
В ИЗУЧЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА
РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО
СПЕКТРА 80

Кремлева О.В.
НЕЙРОНАУКИ И ЭПИГЕНЕТИКА
В ОБОСНОВАНИИ БИОЛОГИЧЕСКИХ
МЕХАНИЗМОВ И ЭФФЕКТОВ
ПСИХОТЕРАПИИ: КРАТКИЙ ОБЗОР 83

**Мурзакаев А.А., Есина О.Б.,
Сизикова Е.А., Громова А.А.**
ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19
НА СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ:
ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР 86

Обухова К.С.
АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА
У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ
ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК:
ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ..... 89

**Сиденкова А.П., Изможерова Н.В.,
Коврижных И.В., Гарифуллина Э.Р.**
ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ
ПАЦИЕНТСКОГО КОМПЛЕКСА..... 92

**Сиденкова А.П., Обоскалова Т.А.,
Сизикова Е.А., Нестерова**
УЧАСТИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ И
ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В
ПАТОГЕНЕЗЕ ШИЗОФРЕНОФОРМНЫХ
ПОСЛЕРОДОВЫХ ПСИХОЗОВ:
ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР 95

ОБРАЗОВАНИЕ

АККРЕДИТАЦИЯ КАК ФАКТОР, СТИМУЛИРУЮЩИЙ БАЗОВОЕ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

УДК 614.29

Е.И. Бабушкина¹, А.П. Сиденкова¹, Т.В. Чернова²

¹Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

²Научно-практический центр «Уралмедсоцэкономпроблем», г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье обсуждается объективная необходимость внесения изменений в национальную кадровую политику в Российской Федерации в виде замены сертификации медицинских работников на систему аккредитации как наиболее эффективную процедуру, направленную на непрерывное профессиональное образование медицинского специалиста.

Ключевые слова: кадровая политика, сертификация и аккредитация медицинских работников; непрерывное медицинское образование.

ACCREDITATION AS A MOTIVATING FACTOR FOR BASIC AND ADDITIONAL MEDICAL EDUCATION

E. I. Babushkina¹, A. P. Sidenkova¹, T. V. Chernova²

¹Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

²«Ural Med Social Economic Problem» Research and Practical Center, Yekaterinburg, Russian Federation

The article discusses the objective need to make changes to the national personnel policy in the Russian Federation in the form of replacing the certification of medical professionals with the accreditation system, as the most effective procedure aimed at the continuous professional education of a medical professional.

Keywords: personnel policy, certification and accreditation of medical professionals; continuing medical education.

Введение

В Российской Федерации при освоении программ обязательного высшего и среднего медицинского образования, дополнительных профессиональных программ (профессиональная переподготовка и тематическое усовершенствование) с 1995 года использовалась система обязательной сертификации врачей-специалистов: проведение квалификационного экзамена на получение сертификата специалиста, который являлся допуском медицинского работника к самостоятельной работе в избранной им сфере медицины в соответствии с действующими нормативными документами [1, 2].

В связи с изменением социально-экономических условий и современным развитием отечественной медицины (увеличением объема научных исследований и их практической реализацией, углублением дифференциации и специализации медицинской помощи и др.) была скорректирована национальная кадровая политика: совершенствование системы итоговой государственной аттестации выпускников медицинских и фармацевтических образовательных учреждений, разработка и оптимизация программ профессиональной подготовки, развитие компетентности у специалистов организации и управления здравоохранением и профессорско-преподавательского состава высших и средних учебных заведений медицинского профиля. Все это обусловило необходимость замены системы сертификации на систему аккредитации медицинских работников с 01.01.2016

г. до 31.12.2025 г. [3, 4, 5]. С 2017 г. была введена периодическая аккредитация для выпускников всех медицинских специальностей. С 2018 г. проводится первичная специализированная аккредитация для врачей, окончивших подготовку в ординатуре. С 2021 г. планировалось проведение аккредитации для всех медицинских специалистов [6, 7, 8].

Цель исследования

Выявить причины перехода от системы обязательной сертификации медицинских работников всех уровней и звеньев к системе их аккредитации; обосновать преимущества системы аккредитации специалистов и ее мотивирующее влияние на учебный процесс базового и дополнительного медицинского образования.

Материалы и методы

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе применены общенаучные методы теоретического познания: обобщение и систематизация данных о системе обязательной сертификации медицинских работников; изучение основополагающих приказов, изданных Минздравом РФ в связи с сертификацией и аккредитацией медицинских работников. На втором этапе — анализ полученных результатов и обоснование необходимости внедрения аккредитации в практическое здравоохранение и в учебный процесс базового и дополнительного медицинского образования.

Результаты и обсуждение

Под аккредитацией специалиста понимается независимая процедура, проводимая в целях определения соответствия квалификации лица, получившего медицинское или фармацевтическое образование, требованиям к квалификации медицинского / фармацевтического работника в соответствии с профессиональными стандартами для самостоятельного осуществления медицинской или фармацевтической деятельности [3].

Изменения процесса профессионального образования при аккредитации медицинских специалистов представлены в таблице 1.

Таблица 1

Виды аккредитации
и участвующие в ней специалисты

Вид аккредитации	Кто проходит
Первичная аккредитации	Начинающие медработники, завершившие в текущем году обучение по программе высшего или среднего медицинского образования
Первичная специализированная аккредитации	Начинающие врачи, завершившие в текущем году освоение программы высшей квалификации или дополнительной специализированной (профессиональной) подготовки, в эту же категорию попадают специалисты, получившие в текущем году диплом врача за рубежом
Плановая (периодическая, срочная) аккредитации	Врачи и фармацевты, постоянно работающие по специальности. Проверка накопленного опыта, знаний новейших данных и технологий, расширение квалификации происходит каждые 5 лет. В результате проверки повышение профессионального уровня фиксируется официально

Анализ системы аккредитации позволил выявить следующие ее преимущества по сравнению с прежней системой сертификации медицинских специалистов.

Во-первых, при процедуре сертификации специалист был обязан проходить обучение по программе повышения квалификации не менее 144 часов раз в пять лет с последующей сдачей квалификационного экзамена по избранной медицинской специальности, во время которого возникал ряд сложностей, связанных с необходимостью усвоения большого объема учебной информации в относительно короткий временной период и возможной стрессовой ситуацией при сдаче экзамена экзаменационной комиссии. Необходимо отметить, что в условиях бурного развития современных медицинских технологий, появления новых научно обоснованных подходов к диагностике и лечению, профилактике заболеваний систематическое обучение по программам повышения квалификации (один раз в пять лет) оказывается недостаточным для поддержания необходимого профессионального уровня, тем самым процедура сертификация становится весьма редкой и неэффективной формой обучения.

При процедуре аккредитации профессиональное обучение специалиста становится непрерывным с возможностью выбора курса в

очном или заочном формате. Рекомендованный объем составляет 50 кредитов в год, из которых 36 кредитов — повышение квалификации (обучение на курсах), а 14 — участие в международных, российских и региональных конференциях, в онлайн-вебинарах с использованием образовательных электронных учебных материалов (ОЭУМ) и др. Кроме того, при аккредитации оценивается образовательная активность и профессиональная деятельность аккредитуемого, включая сведения о его индивидуальных и профессиональных достижениях, сведения об освоении программ повышения квалификации, обеспечивающих непрерывное совершенствование профессиональных навыков и расширение квалификации (портфолио) [5, 9].

Своевременность и эффективность внедрения процедуры аккредитации в учебный процесс и дополнительную профессиональную подготовку медицинских работников были подтверждены на практике в период пандемии — быстрого и повсеместного распространения новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). В медицинских учебных заведениях за короткий период были подготовлены учебные программы и проведены курсы переподготовки в объеме 16 и 36 часов по вопросам эпидемиологии, диагностики, лечения и профилактики коронавирусной инфекции (COVID-19) с учетом «Рекомендаций по профилактике новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Таким образом, благодаря начатому внедрению процедуры аккредитации, информация по эпидемиологии, диагностике и лечению коронавирусной инфекции (COVID-19) была доведена до специалистов здравоохранения намного быстрее, чем это было бы при сохранении прежней процедуры сертификации.

Во-вторых, при аккредитации специалист творчески и самостоятельно подходит к своему обучению: индивидуально планирует время, место и курс повышения квалификации, в зависимости от места работы (стационар, поликлиника, лаборатория и т.д.) и имеющейся профессиональной квалификации или потребности в дополнительной специализации. При аккредитации медицинское образование становится непрерывным, направленным на постоянное повышение компетентности медицинских работников.

В-третьих, профессорско-преподавательский состав факультетов повышения квалификации и профессиональной переподготовки учебных заведений медицинского профиля активно включился в разработку современных учебных программ (с применением онлайн-вебинаров и ОЭУМ), востребованных у медицинских работников. Все учебные программы признаны медицинским сообществом своевременными, актуальными и отвечающими требованиям и запросам практического здравоохранения.

Если ранее существовавшая система постдипломного профессионального образования

и аттестации медицинских работников (сертификация) была ориентирована на узкую специализацию, то в настоящее время система постдипломного профессионального образования становится более динамичной и развивающейся. Наблюдается увеличение количества видов постдипломной подготовки, их модификация и совершенствование.

В-четвертых, использование ОЭУМ в учебном процессе существенно расширяет возможности обучения медицинского специалиста по любой востребованной программе, а также на курсах любого учебного учреждения, независимо от места его нахождения, с возможностью совмещения обучения без отрыва от основной работы.

В-пятых, аккредитация специалистов проводится в соответствии с Концепцией развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в РФ:

- освоение образовательных программ в ор-

ганизациях, осуществляющих образовательную деятельность («формальное образование») в виде дополнительных профессиональных программ повышения квалификации (ДПП ПК);

- обучение в рамках деятельности профессиональных некоммерческих организациях («неформальное образование») в виде образовательных мероприятий;

- индивидуальная познавательная деятельность («самообразование») при помощи интерактивных образовательных модулей (ИОМ) [10].

По оценке Т.В. Семеновой, заместителя Министра здравоохранения РФ, среди новых плюсов аккредитации специалиста — это сохранение независимости и объективности оценки [11].

Отличие процедуры первичной и первичной специализированной аккредитации медицинских специалистов от плановой (периодической) аккредитации представлены в таблицах 2, 3.

Таблица 2

Первичная и первичная специализированная аккредитация медицинских работников

Этап	Содержание и кто проходит	Процедура
Тестирование	Оценка теоретических знаний и навыков, требуемых для выполнения профессиональной деятельности (профстандарты) и основание профессиональных компетенций (ФГОС).	Тестовое задание формируется из 60 вопросов из Единой базы оценочных средств, сформированных Методическим центром аккредитации специалистов. Время выполнения 1 час.
Оценка навыков в условия стимуляции	Оценка навыков практических профессиональных манипуляций в соответствии с требованием тренажёров и (или) манекенов	Одно практическое задание, на его выполнения отводится 30 мин. Проходят специалисты с высшим медицинским образованием
Решение ситуационных задач	Проходят врачи группы специальностей «клиническая медицина». Не проходят специалисты после курса профессиональной переподготовки	Этап проходит в форме решения 2-х ситуационных задач, каждая из которых состоит из 12 вопросов. На подготовку дается 1 час.
Оценка портфолио	Проходят все категории работников. Оценка рабочих навыков, стажа, баллов НМО	Портфолио формирует специалист (претендент), указывая сведения об образовании и прохождении курсов повышения квалификации, переподготовки

Таблица 3

Плановая (периодическая) аккредитация медицинских работников

Этап	Содержание и кто проходит	Процедура
Оценка портфолио	Рассмотрение документов	Оценка рабочих навыков, стажа, баллов НМО
Тестирование	Оценка теоретических знаний и навыков, требуемых для выполнения профессиональной деятельности (профстандарты) и основание профессиональных компетенций (ФГОС)	Тестовое задание формируется из 60 вопросов из Единой базы оценочных средств, сформированных Методическим центром аккредитации специалистов. Время выполнения 1 час.

Необходимо отметить, что в 2021 году, согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 02.02.2021 № 40н «Об особенностях проведения аккредитации специалистов в 2021 году», процедура периодической аккредитации будет состоять из одного этапа — оценки портфолио [9, 12]. В портфолио должны входить «сведения об индивидуальных профессиональных достижениях и сведения о непрерывном совершенствовании профессиональных навыков и расширении квалификации» за последние пять лет с момента получения последнего допуска к осуществлению медицинской деятельности.

Таким образом, аккредитация медицинских работников всех уровней направлена на удовлетворение настоятельной потребности современного отечественного здравоохранения в высококвалифицированных специалистах, систематически и непрерывного совершенствующих профессиональные знания, умения и навыки. Постоянное совершенствование своего профессионального уровня — основа конкурентоспособности медицинского работника, что отражено в появлении на рынке медицинского труда новых понятий «профессиональная конкуренция» и «спрос на высококвалифицированных специалистов».

Выводы

Государственная процедура аккредитации медицинских специалистов всех уровней является наиболее эффективной формой повышения качества медицинской помощи и лекарственного обеспечения населения.

В этой связи конечной целью реформирования высшего и среднего медицинского и фармацевтического образования является подготовка творчески мыслящего, профессионально компетентного специалиста в области практического здравоохранения и общественного здоровья.

Литература

1. Приказ Минздравмедпрома РФ от 17.11.95 г. № 318 «Положение о квалификационном экзамене на получение сертификата специалиста».
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27.08.1999 г. № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации».
3. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.11.2012 г. № 982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинских и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста».
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.06.2016 г. № 334н «Об утверждении положения об аккредитации специалистов».
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25.02.2016 г. № 127н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов».
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22.12.2017 г. № 1043н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов».
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2018 г. № 898н «О внесении изменений в сроки и этапы аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 декабря 2017 г. № 1043н».
9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.02.2021 г. № 41н «Об особенностях прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории в 2021 г.».
10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21.11.2017 г. № 926 «Концепция развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации на период до 2021 года».
11. Федеральный портал проектов нормативных правовых актов. <https://regulation.gov.ru/projects/#npr=110051>. (Дата обращения: 15.02.2021).
12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02.02.2021 г. № 41н «Об особенностях прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории в 2021 г.».

Сведения об авторах

Сиденкова Алёна Петровна — д-р мед. наук, доц., зав. кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: sidenkovs@mail.ru.
 Бабушкина Екатерина Ивановна — канд. мед. наук, доц. кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: ei_babysh@mail.ru.
 Чернова Татьяна Владимировна — д-р мед. наук, проф., зам. директора НПЦ «Уралмедсоцэкономпроблем» по учебной работе. Адрес для переписки: tvch-umsep@yandex.ru.

ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ: АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЛЯ РЕАЛЬНОГО ПРЕПОДАВАНИЯ

УДК 378.14

И.В. Попова¹, Л.Т. Баранская²

¹ *Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

² *Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

В статье рассматриваются истоки цифровой трансформации отечественного высшего образования, ее последствия, новые требования к информационным компетенциям преподавателя высшей школы. На основе разработки и апробации учебных курсов на различных цифровых платформах предлагается обзор возможностей создания электронных образовательных ресурсов.

Ключевые слова: цифровая трансформация, высшее образование, цифровые платформы, электронные образовательные ресурсы.

DIGITAL TRANSFORMATION IN NATIONAL HIGHER EDUCATION: RELEVANT ASPECTS FOR REAL TEACHING

I.V. Popova¹, L.T. Baranskaya²

¹ *Ural Federal University named after the first President of Russia B.N. Yeltsin, Yekaterinburg, Russian Federation*

The origins of the digital transformation of domestic higher education, its consequences and new requirements for the information competencies of a teacher of higher education are considered. Based on the development and testing of training courses on various digital platforms, an overview of the possibilities for creating electronic educational resources have offered.

Keywords: digital transformation, higher education, digital platforms, electronic educational resources.

Введение

Использование в современном обучении информационных технологий стало реальностью. Это обусловлено не только обстоятельствами пандемии, но и цифровой трансформацией образования в условиях информационного общества. С учетом противоречивости последствий цифровизации образовательных систем существует как негативное отношение к цифровой среде обучения, так и стремление педагогического сообщества адаптироваться в ней, приспособиться к решению дидактических задач. Настоящая статья, прежде всего, обращена к тем преподавателям, которые готовы осваивать новые цифровые инструменты современного образования. Для успешного решения этой задачи, по мнению автора, необходимо иметь представление о ее некоторых актуальных аспектах, а именно:

- осознавать истоки процесса цифровой трансформации образования и ее неизбежность;
- ориентироваться в эволюции информационных компетенций педагога высшей школы и требованиях к их современному содержанию;
- иметь представление о трансформации современных форм обучения, о месте среди них электронного обучения и используемых для него различных цифровых сред (платформ).

Освещение этих вопросов в настоящей статье основано на исследовании информационных и нормативных ресурсов, результатов применения на различных цифровых платформах учебных курсов, результатов апробации различных дидактических решений для цифровой среды обучения.

В основе современной цифровой трансформации образования лежит научный, технический, технологический прогресс и переход к эпохе информационного общества. Ключевые тенденции этой новой эпохи — формирование общества знаний, цифровой экономики, развитой информационной и коммуникационной инфраструктуры, новой технологической основы для решения проблем управления, социальной сферы. Международные принципы развития информационного общества и определены Окин-навской хартией глобального информационного общества (2000 г.) [1], Декларацией принципов «Построение информационного общества — глобальная задача в новом тысячелетии» (2003 г.) [2], Планом действий Тунисского обязательства (2005 г.) [3]. В нашей стране векторы развития информационного общества сформулированы в «Стратегии развития информационного общества в Российской Федерации на 2017–2030 годы», утвержденной Указом Президента РФ от 9 мая 2017 г. N 203 [4].

В условиях быстро развивающегося инфор-

мационного общества информационные технологии (ИТ) (либо информационные и коммуникационные технологии (ИКТ)) пришли и в образование. ИКТ — это процессы и методы поиска, сбора, хранения, обработки, предоставления, распространения информации на основе применения аппаратных и программных средств в соответствии с требованиями, предъявляемыми пользователями.

Задача использования в отечественном образовании информационных технологий впервые декларируется на государственном уровне с 80-х гг. XX в. Первоначально она была связана с использованием в образовательном процессе технических, затем — компьютерных средств обучения. Через 40 лет ИКТ стали важной составляющей целостной системы отечественного образования, осуществляя самые разнообразные функции так называемой информационной (или цифровой) образовательной среды. Цифровая образовательная среда — это открытая совокупность информационных систем, предназначенных для обеспечения различных задач образовательного процесса.

С 2017 г. и вплоть до 2024 г. в РФ реализуется Федеральный проект «Цифровая образовательная среда», осуществляющий развитие, обновление информационно-коммуникационной инфраструктуры, подготовку кадров, создание федеральной цифровой платформы для образовательных организаций всех видов и уровней образования [5]. Таким образом, цифровизация отечественного образования — это глобальная и государственная стратегия в рамках развития информационного общества.

В начале появления ИКТ в образовании они рассматривались как инструментальная составляющая классического педагогического процесса. На сегодняшний день неоспоримым фактом является то, что ИКТ существенно интегрировались в собственно образовательный процесс. Это породило синергетический эффект и значительно трансформировало образование. Что изменилось в условиях цифровизации?

1. Появились новые запросы к образованию в части формирования человека, способного не только адаптивно существовать в мире новых технологий, но и эффективно развивать их. Это повлияло на изменение содержания отечественного образования. В общем образовании с 1 сентября 1985 г. вводится предмет «Основы информатики и вычислительной техники», а с 2004 г. — «Информатика и ИКТ». В среднем профессиональном и высшем образовании бурно развиваются как самостоятельные направления подготовки в области информатики и вычислительной техники, компьютерных и информационных наук, информационной безопасности, так

и образовательные программы, интегративно осваивающие информационные системы и технологии и различные сферы профессиональной деятельности. Эти предметные области и направления обучения являются сегодня наиболее популярными среди молодежи.

2. В начале третьего десятилетия XXI в. существенно изменилась деятельность педагога в рамках процесса обучения в основном в части использования ИКТ как инструментальных средств решения различных дидактических задач; например:

- при формировании содержания учебного материала появился доступ к необъятным информационным ресурсам, возможность быстрой переработки и систематизации больших объемов информации, оперативной коррекции содержания учебных дисциплин;

- при использовании методик обучения, благодаря ИКТ, расширились возможности оптимального и наглядного представления учебного материала (сжатие информации, ее структурирование, моделирование, сопровождение мультимедиа); обновления организации самостоятельной работы обучающихся (форумы, интернет-проекты, презентационные продукты);

- при осуществлении контрольно-оценочного компонента процесса обучения, благодаря программным решениям, стала активно использоваться автоматизация проверки и оценивания, независимая экспертиза результатов обучения;

- благодаря сетевым коммуникациям появились новые формы взаимодействия и организации обучения в дистанционном, онлайн формате; это существенно ускорило коммуникацию между преподавателем и обучающимся, сделало реальностью индивидуальную траекторию обучения, его персонализацию.

3. Социально-культурные и социально-психологические последствия цифровизации привели к психологической трансформации одного из субъектов образовательного процесса — обучающегося. Так, в условиях цифровой реальности произошло изменение когнитивных процессов — восприятия, памяти, внимания, мышления и т.д. Это существенно повлияло на психолого-педагогические условия обучения, его качество и вместе с очевидным прогрессом отдельных аспектов обучения породило негативные явления. Противоречивые последствия цифровизации во многом объясняются тем, что вторжение ИКТ в собственно педагогический процесс происходило стихийно, без серьезных научно-педагогических и методических, психолого-педагогических, социально-культурных обоснований. Сегодня встал вопрос о коррекции педагогических подходов в условиях цифрового обучения, а вопросы соотношения ИКТ и классических педагогических технологий, закономерностей процесса обучения в условиях цифровой образовательной среды являются важными направлениями исследований в области психологии и педагогики. К числу наиболее популярных выводов исследователей и практиков можно отнести тезис о том, что использование цифровых технологий

не должно изменять сути и смыслов обучения, культурной миссии образования. В связи с этим задачей ближайших десятилетий будет создание новой цифровой дидактики, благоприятно интегрирующей новую цифровую среду обучения и его гуманитарное предназначение [6, 7].

Перечисленные тенденции трансформации образования в условиях цифровой образовательной среды указывают на неизбежность существенного изменения набора профессионально-педагогических компетенций, а именно обязательного включения в него информационно-коммуникационных компетенций. Компетенция педагога — это способность применять знания, умения и личностные качества для успешной деятельности в сфере образования.

В начале XXI в. в мировом педагогическом сообществе оформилось представление о структуре ИКТ-компетенций педагогов и способах их развития. Информационно-коммуникационная компетентность педагога — способность педагога решать профессиональные задачи с использованием современных средств и методов информатики и информационно-коммуникационных технологий (ИКТ).

В 2011 г. ЮНЕСКО опубликовала рамку ИКТ-компетенций педагогов и издала рекомендации по использованию этой рамки в системах образования разных стран [8]. В 2019 г. появилась 3-я версия этого документа, в которой указаны основные принципы ИКТ (создание обществ знаний, универсальная модель обучения и инклюзивное образование) и инновации (открытые образовательные ресурсы, социальные сети, мобильные технологии, интернет вещей, искусственный интеллект, виртуальная и дополненная реальность, большие данные и программирование).

Документ ЮНЕСКО 2019 г. акцентирует внимание на основной идее: педагоги, обладающие достаточными компетенциями для использования ИКТ в своей профессиональной практике, смогут обеспечить высокое качество образования и в конечном счете сумеют эффективно содействовать развитию ИКТ-компетенций учащихся. В логике 3-й версии рекомендаций ЮНЕСКО представлена структура 18 ИКТ-компетенций, которые соотнесены с 6-ю аспектами профессиональной преподавательской деятельности и 3-я уровнями использования ИКТ в педагогических целях. Таким образом, международное сообщество тесно связывает развитие ИКТ-компетенций с функциями педагогической деятельности и изменением уровня их освоения. Такой функционально-уровневый подход призван обеспечить системное решение эпохальной проблемы формирования ИКТ-компетентности тех, кто выращивает, воссоздает человеческий потенциал информационного общества [9].

В отечественной практике образования структурированное видение информационных компетенций педагога оформилось в нулевые годы XXI в. в федеральных государственных образовательных стандартах и позже — в профессиональных педагогических стандартах.

Первоначально в отечественном образовательном пространстве сформировался вполне логичный взгляд на информационные компетенции педагога через призму структуры информационно-коммуникационных технологий, которые применялись в образовании как инструментальные средства. Так, во-первых, ИКТ рассматривали как технические средства, и от педагога требовалось применять элементарные из них: компьютер или ноутбук, принтер, сканер, проектор, интерактивную доску, устройства для записи визуальной и звуковой информации (фотоаппарат, видеокамеру, телефон, планшет), устройства для применения мультимедиа, носители информации (флешку, SSD).

Во-вторых, для полноценного использования технических средств, особенно для обучения с помощью компьютера, ИКТ требуют использования пакетов компьютерных программ от простейших до сложных. В связи с этим педагог должен уметь использовать, например, электронные обучающие материалы, программы моделирования рассматриваемых процессов и явлений, контрольно-обучающие, тренировочные и контролирующие, другие компьютерные программы.

В-третьих, современное обучение невозможно без сетевых ресурсов, что требует от педагога свободного использования интернета: электронную почту, интернет-сайты, интернет-сервисы, коммуникативные сетевые службы и с их помощью — телеконференции, чаты, форумы. Большинство программ дополнительного образования педагогов в области ИКТ в нулевые годы в основном строилось на освоении именно этих трех указанных блоков [10].

Благодаря интенсивным педагогическим исследованиям и методическим разработкам в области информационной компетентности, информационной культуры в федеральных образовательных стандартах третьего поколения и профессиональных педагогических стандартах в 10-е гг. XXI в. появляются более систематизированные и детальные требования к ИКТ-компетенциям педагогов, к которым часто относят следующие основные:

- умение использовать компьютерные средства для хранения и управления информацией;
- умение применять основные компьютерные приложения: текстовые редакторы, таблицы, базы данных;
- умение понимать, производить, а также презентовать информацию разных уровней сложности;
- умение использовать мультимедиа технологии для решения дидактических задач;
- умение получать доступ к интернету, использовать его услуги;
- умение искать, собирать и обрабатывать информацию в сети Интернет;
- организация учебной деятельности с использованием сервисов ИКТ;
- формирование индивидуального и корпоративного образовательного пространства;
- умение критично и системно использовать информацию, оценивать ее релевантность;

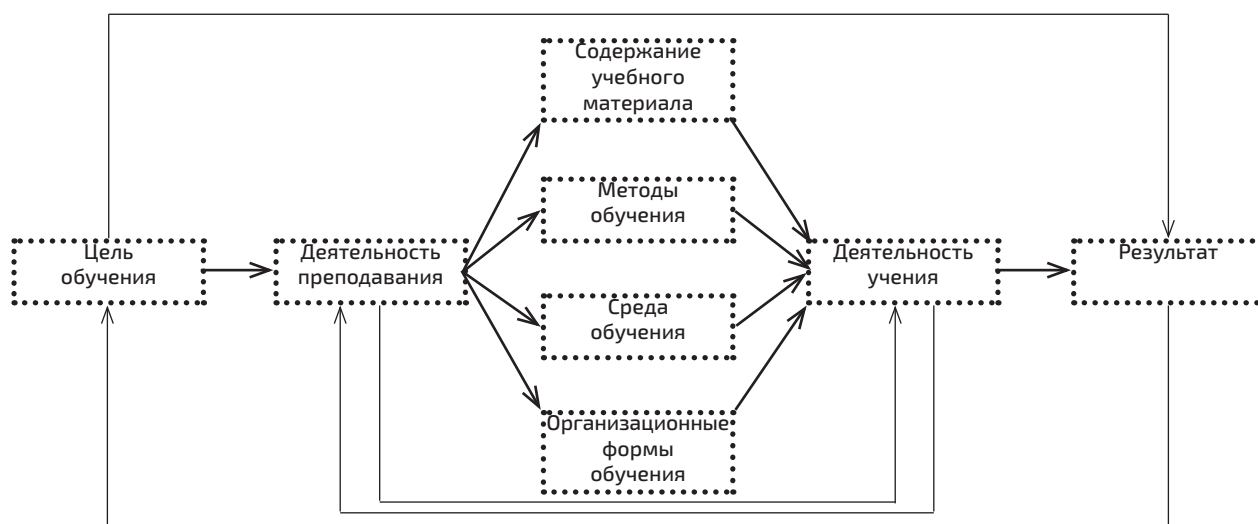
– ответственное отношение к использованию информации и интерактивных средств.

Кроме того, в эти годы в отечественной практике утвердился уровневый подход к ИКТ-компетенциям педагогов. Например, в аттестационных процедурах часто применяют 3 их уровня: общепользовательский, общепедагогический и предметно-педагогический. Приведенный выше список детализированных ИКТ-компетенций может быть отнесен к общепользовательскому и общепедагогическому уровням.

В 2016-2017 гг. в условиях концептуальной проработки стратегий информационного общества РФ в образовательной среде на нормативном уровне оформляются два новых акцента в требованиях к наиболее актуальным ИКТ-компетенциям педагогических работников вуза. Первый из них — умение работать в электронной информационной образовательной среде (ЭИОС), включающей всю совокупность электронных информационных, образовательных ресурсов, информационных технологий, телекоммуникационных технологий, соответствующих технологических средств. Таким образом, от современного педагога, особенно в высшем, дополнительном профессиональном образовании требуется освоение широкого арсенала ИКТ-технологий для качественного решения дидактических задач в традиционном обучении, задач организации образовательного процесса и собственной профессиональной деятельности. Следует отметить, что требование умения работать в ЭИОС во многом связано и с решением задачи реализации образовательных программ в дистанционном режиме. В свою очередь, внедрение дистанционного обучения активно продвигается в отечественном образовании в связи с такими его актуальными преимуществами, как гибкость (обучение в удобном месте в удобное время), возможность обучения на расстоянии, что особенно актуально для РФ, экономичность.

Второй новый акцент в требованиях к ИКТ-компетенциям современных педагогов — способность проектировать и реализовать в цифровой среде целостный образовательный процесс (учебный курс, учебную программу). Если раньше педагог пользовался ИКТ как инструментальными средствами для реализации отдельных дидактических задач (наглядность, архивирование и систематизация образовательных ресурсов), то теперь речь идет о проектировании полного учебного курса и целостного процесса обучения в цифровой среде. В связи с этим стоит напомнить, что классический учебный процесс включает последовательно реализуемые этапы, основными из которых являются целеполагание, реализация содержания обучения с применением методов, форм, средств обучения для организации учебной деятельности, контроль и оценивание (рис.).

Таким образом, когда педагог переносит преподавание курса в цифровую среду, в ней должны быть четко представлены цели, связанные с результатами образования, реализовано содержание в рамках форм, средств, методов обучения цифровой среды, осуществлены контроль и оценивание.



Модель структуры учебного процесса [10]

Главная особенность учебного курса в цифровой среде — самостоятельная учебная деятельность. Очевидно, что в профессиональном образовании полностью самостоятельное освоение области профессиональной деятельности невозможно, если не считать дополнительное профессиональное обучение в рамках повышения квалификации, профессиональной переподготовки. Поэтому в отечественном высшем образовании в последнее десятилетие утвердилось допущение смешанного обучения, сочетающего традиционное очное обучение (офлайн-образование в рамках прямого контакта с преподавателями во время занятий, сессии и внеучебное время) и электронное обучение (другими словами e-learning, онлайн-обучение, дистанционное обучение с помощью интернета в режиме реального времени, когда обучающийся обращается к доступному курсу, самостоятельно планирует время, место и продолжительность занятий). Если говорить о реализации основных образовательных программ, то, как правило, в рамках электронного обучения реализуются учебные курсы, направленные на освоение общекультурных, некоторых общепрофессиональных компетенций.

Условия пандемии 2020-го г. привели к вынужденному использованию в обучении интернета и стихийному освоению в высшем образовании информационно-коммуникационных технологий преподавания. Однако эту практику нельзя назвать полноценной цифровой трансформацией образовательного процесса, т.к. в основном применялись только синхронные видео лекции с использованием двух наиболее распространенных платформ — Skype и Zoom, которые, по сути, являются сервисами по проведению вебинаров и конференций. На этих платформах невозможно создать полноценные образовательные ресурсы, обеспечивающие самостоятельное освоение студентами целостных учебных курсов.

В настоящее время в отечественном образовании для создания полноценных ресурсов электронного обучения используются различные

платформы. Наиболее представительная из них, представляющая уникальный набор массовых онлайн-курсов — национальная платформа «Открытое образование» (НПОО). Это совместный проект НИУ ВШЭ с 7 другими ведущими университетами России: МФТИ, УрФУ, МГУ, МИСиС, ИТМО, СПбГУ и СПбПУ. Платформа обеспечивает публикацию разработанных членами Ассоциации онлайн-курсов, содействует внедрению международных стандартов, устанавливает собственные требования к качеству онлайн-курсов и взаимодействует с вузами, реализующими образовательные программы, которые частично осваиваются с использованием онлайн-курсов платформы. Каждый онлайн-курс, публикуемый на НПОО, проходит экспертизу внутри университета на соответствие разработанным требованиям. Всего на национальной платформе «Открытое образование» доступно для изучения около 700 курсов по самым различным научно-предметным направлениям от 16 ведущих университетов России. Аудитория платформы на середину 2020 г. составила более 6 миллионов уникальных подписчиков [12].

С позиции университетских организаторов процесса обучения преимуществами платформы «Открытое образование» являются:

- возможность обучения студентов на онлайн-курсах по различным дисциплинам от лучших профессоров ведущих вузов;
- постоянный бесплатный доступ ко всем материалам онлайн-курсов;
- осуществление онлайн-прокторинга при проведении итоговой аттестации;
- сертификаты от ведущих вузов и перезачет курсов при освоении основных образовательных программ.

С позиции авторов массового онлайн-курса преимуществами платформы являются:

- возможность создания онлайн-курса, состоящего из текстовых материалов, видео, графических иллюстраций, системы заданий для самостоятельной работы, системы контроля и оценивания;
- запуск онлайн-курса;

- работа с группами студентов;
- доступ к статистике о посещаемости и успеваемости студентов.

Еще одной платформой, широко используемой для электронного обучения в вузах страны, является платформа Moodle — свободное веб-приложение — которая предоставляет возможность создания сайтов для онлайн-обучения. Moodle — одна из самых популярных платформ электронного обучения в мире, поскольку она гарантирует качественное обучение.

Для преподавателя, привыкшего работать в традиционной педагогической модели, платформа Moodle создает большие дидактические возможности при реализации смешанной модели обучения и разработке отдельных электронных учебных курсов, а именно:

- формирование исчерпывающего, качественного, научно обоснованного содержания учебного материала курса;
- логичная и доступная организация представления содержания курса с помощью различных возможностей его структурирования;
- более десятка способов лично-ориентированного взаимодействия, обучающегося и преподавателя, обучающихся между собой;
- реализация технологий активного и интерактивного обучения с помощью групповой работы, взаимодействия обучающихся как с преподавателем, так и между собой в рамках переписки, форума, семинаров; возможности публичного представления результатов обучения;
- реализация лично-ориентированного обучения с помощью инструментов персонализации, учета ограниченных возможностей и индивидуальных особенностей, обучающихся;

- использование инструментов мотивации обучения с помощью поощрений, обнародования достижений обучающихся, возможности применения элементов геймификации;

- реализация принципа наглядного обучения с помощью большого количества инструментов визуализации учебного материала;

- различные способы организации и сопровождения самостоятельной работы обучающихся;

- качественное осуществление контрольно-оценочного компонента учебного процесса с помощью продвинутых вариантов технологии тестирования; качественной аналитики контроля и оценивания [13].

Выводы

Анализ некоторых актуальных аспектов процесса цифровой трансформации отечественного высшего образования показывает, что цифровизация обучения — это наступившая реальность, она обусловлена нормативными, методическими требованиями, заложенными в государственной политике. Цифровая трансформация породила необходимость новых информационных профессионально-педагогических компетенций, связанных со способностью создавать завершённые электронные образовательные ресурсы, оптимально вписывающиеся в модель смешанного обучения. Для их создания существуют апробированные цифровые платформы. Педагогу достаточно выполнить традиционную исходную функцию — спроектировать основные компоненты учебного курса, процесса обучения и освоить способы их преобразования в электронный формат с помощью IT-специалистов.

Литература

1. Окинавская хартия Глобального информационного общества. – URL: <http://kremlin.ru/supplement/3170> (дата обращения: 01.12.2020).
2. Построение информационного общества — глобальная задача в новом тысячелетии. – URL: http://www.itu.int/net/wsis/outcome/booklet/declaration_Bru.html (дата обращения: 01.12.2020).
3. Тунисское обязательство. – URL: <http://www.itu.int/net/wsis/outcome/booklet/tunisru.html> (дата обращения: 01.12.2020).
4. Указ Президента Российской Федерации от 09.05.2017 г. № 203 О Стратегии развития информационного общества в Российской Федерации на 2017–2030 годы. – URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/41919> (дата обращения: 01.12.2020).
5. Цифровая образовательная среда. – URL: <https://futuresussia.gov.ru/cifrova-образovatelnaa-sreda> (дата обращения: 01.12.2020).
6. Афанасьев, А. Цифровизация образования, все минусы электронной школы. Что будет с детьми? — URL: <https://vc.ru/flood/43800-cifrovizaciya-obrazovaniya-vse-minusy-elektronnoy-shkoly-chto-budet-s-detmi> (дата обращения: 01.12.2020).
7. Баранская, Л. Т. Психологическая адаптация студентов старших курсов лечебно-профилактического и педиатрического факультетов к on-line в условиях самоизоляции // Вестник Уральского государственного медицинского университета. – 2020. – № 4. – С.3–6.
8. Структура ИКТ-компетентности учителей. Рекомендации ЮНЕСКО. – URL: <https://iite.unesco.org/pics/publications/ru/files/3214694.pdf> (дата обращения: 01.12.2020).
9. Структура ИКТ – компетентности учителей. Рекомендации ЮНЕСКО. – URL: <http://inpo.s-vfu.ru/wp-content/uploads/2020/02/rekomendatsii-YUNESKO.pdf> (дата обращения: 01.12.2020).
10. Попова, И. В. Основы педагогической деятельности / И. В. Попова, Ю. В. Лебедева. – URL: https://courses.openedu.ru/courses/course-v1:urfu+EDUBASE+fall_2020/courseware/d307b1ceb65b4e6fa19a53e5874f3b33/4c693e56289e42bc82c4931409c481d4/?child=last (дата обращения: 01.12.2020).
11. Обучение как дидактический процесс. – URL: https://studopedia.su/15_44047_obuchenie-kak-didakticheskiy-protsess.html (дата обращения: 02.12.2020).
12. Национальная платформа открытого образования как новый элемент высшего образования в России. – URL: https://www.gov.spb.ru/gov/otrasl/c_science/news/189296/ (дата обращения: 25.01.2021).
13. Процесс обучения в условиях цифровой образовательной среды и информационные компетенции современного педагога. – URL: https://www.youtube.com/watch?v=czcOEr8JQeE&feature=emb_title (дата обращения: 25.01.2021).

Сведения об авторах

Попова Ирина Васильевна — канд. ист. наук, доц., директор Центра педагогического и дополнительного образования, УрФУ имени первого Президента России Б.Н. Ельцина. Адрес для переписки: irinapopovaist@mail.ru.
 Баранская Людмила Тимофеевна — д-р психол. наук, проф. кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: lubaran@rambler.ru.

.....

СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УДК 614.2+378.046.4

А.П. Сиденкова, Е.И. Бабушкина*Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

Изменение идеологии в работе психиатрической службы с акцентом на внебольничные формы работы с применением широкого спектра методик социальной интеграции и восстановления утраченных функций и навыков у пациентов с психическими расстройствами диктует необходимость изучения и внедрения современных форм внебольничной психиатрической помощи. Такие преобразования требуют смены патерналистских подходов на партнерские отношения с пациентами с активным привлечением и их родственников к лечебному процессу, а также повышение в системе оказания психиатрической помощи роли участкового врача-психиатра.
Ключевые слова: современные формы внебольничной психиатрической помощи, основные тенденции развития психиатрической службы.

MODERN FORMS OF COMMUNITY-BASED PSYCHIATRIC CARE IN THE SYSTEM OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION

A. Sidenkova, E. Babushkina*Ural state medical University, Yekaterinburg, Russian Federation*

Changing ideology in the work of the psychiatric service with an emphasis on out-of-hospital forms of work, using a wide range of methods of social integration and restoration of lost functions and skills in patients with mental disorders dictates the need to study and introduce modern forms of out-of-hospital psychiatric care. Such transformations require a change of paternalistic approaches to partnerships with patients, with active involvement and their relatives in the healing process, as well as an increase in the mental health care system of the role of district psychiatrist.
Keywords: modern forms of community-based psychiatric care, the main trends in the development of psychiatric services.

Введение

Современная психиатрическая помощь базируется на принципах гуманизма, дестигматизации и общественно-ориентированной психиатрии, что отражено в международных документах, регламентирующих работу и организацию служб психического здоровья [1, 2, 3].

Ключевыми тенденциями современной психиатрической помощи являются:

1) обеспечение комплексной специализированной психиатрической и социальной помощью, оказываемой по месту жительства;

2) интеграция психиатрической помощи в общесоматическую сеть, создание выездных служб, неотложной помощи и реабилитации пациентов по месту жительства;

3) замена части стационарных коек, длительно занятых лицами с психическими заболеваниями, на социальные койки или поддержку выписанных пациентов на дому;

4) применение подходов, основанных на принципах доказательной медицины;

5) преемственность между стационарной и амбулаторной психиатрической службами, мультидисциплинарный подход к оказанию психиатрической помощи, соблюдение прав лиц, страдающих психическими расстройствами, борьба с их стигматизацией и дискриминацией [4, 5].

В последние годы в нашей стране происходит активное преобразование психиатрической службы со смещением акцента на внебольничные звенья и внедрением современных форм психосоциального лечения и реабилитации [6, 7, 8, 9, 10]. С внедрением новых организационных форм психиатрической помощи выявились положительные изменения в отношении частоты и длительности госпитализаций больных, уменьшение развития госпитализма, улучшение ряда социальных показателей (трудоустройство, семейное функционирование, навыки социального взаимодействия) [11].

Цель исследования

Обзор современных форм внебольничной психиатрической помощи и их внедрение в учебный процесс системы непрерывного медицинского образования психиатров и наркологов.

Материалы и методы

На первом этапе был применен общенаучный метод, заключающийся в систематизации данных научных публикаций по современным тенденциям развития психиатрической службы и новым формам внебольничной психиатрической помощи. На втором этапе — обоснование

необходимости внедрения современных форм внебольничной психиатрической помощи в учебный процесс врачей-психиатров в системе НМО.

Обсуждение

Развитие психиатрической службы в Российской Федерации связано с преобразованием и внедрением современных форм внебольничной психиатрической помощи.

Основными тенденциями развития психиатрической службы являются следующие:

- переход от преимущественно медицинской к биопсихосоциальной модели оказания психиатрической помощи (системный подход к организации психиатрической помощи; психосоциальная терапия и реабилитация);

- деинституционализация с реорганизацией стационарного звена психиатрической помощи, включая создание полипрофессиональных бригад;

- развитие стационарзамещающих форм психиатрической помощи и увеличение различных по своим задачам учреждений внебольничного звена психиатрической службы, что приведет к улучшению ряда социальных показателей (трудоустройство, семейное функционирование, навыки социального взаимодействия), а также повышению ресурсного обеспечения службы за счет снижения расходов на стационарное лечение [11, 12];

- гуманизация психиатрической помощи;

- дестигматизация в оказании помощи пациентам с психическими заболеваниями, способствующая снижению стигматизации общества [1, 3];

- преодоление дискриминации пациентов, страдающих психическими расстройствами;

- интеграция психиатрического диспансерного модуля в общемедицинскую амбулаторную службу;

- расширение линейки амбулаторных служб и внебольничных форм оказания психиатрической помощи;

- повышение роли участкового врача-психиатра в современной системе оказания психиатрической помощи;

- осуществление мероприятий, направленных на создание у пациентов приверженности к приему поддерживающего лечения.

Таким образом, новые тенденции развития психиатрической службы диктуют необходимость активного внедрения современных форм организации внебольничной психиатрической помощи.

Современными формами организации амбулаторной психиатрической помощи являются:

- кабинет активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения, являющийся структурным подразделением психоневрологического диспансера или диспансерного отделения психиатрической больницы;

- отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, предназначенное для оказа-

ния медицинской помощи пациентам, нуждающимся в проведении активной терапии в связи с ухудшением психического состояния при отсутствии показаний к недобровольной госпитализации;

- отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях, организующее взаимодействие медицинской организации и организаций социальной защиты населения по совместному обслуживанию пациентов и их семей;

- медико-реабилитационное отделение для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи, предназначенное для восстановления или формирования социальной самостоятельности пациента;

- перепрофилирование незаполненных стационарных психиатрических отделений в психоневрологические интернаты, или создание новых в связи с минимизацией стационарного лечения.

Основными принципами стационарзамещающих форм оказания психиатрической помощи являются проведение длительного лечения силами полипрофессиональной бригады (ППБ) специалистов по месту жительства больного, включение наряду с медикаментозным лечением различных психосоциальных мероприятий. Работа ППБ выполняется на всех этапах психиатрической помощи, при помощи которой выстраивается система управления качеством психиатрической помощи, реализуя модель непрерывного улучшения процессов — цикл Деминга-Шухарда (цикл PDCA) — Планируй-Делай-Проверяй-Улучшай.

Так, на базе ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского (г. Москва) открыто психиатрическое отделение неотложной помощи с выездной бригадой неотложной помощи, которая оказывает данный вид помощи только в дневное время. Работа выездной службы психиатрического отделения неотложной помощи на 20% снизила показатель госпитализации в психиатрический стационар, а также сократилось и число выездов психиатрических бригад станции скорой медицинской помощи, что доказывает эффективность работы такого внебольничного психиатрического отделения неотложной помощи [13].

Обращает на себя внимание повышение роли участкового врача-психиатра в современной системе оказания психиатрической помощи. Участковый врач-психиатр является ключевым элементом современной системы оказания психиатрической помощи. Он ответственен за каждого своего пациента, поэтому он должен своевременно реагировать на изменение состояния пациента и предотвращать обострение заболевания. Экстренная госпитализация пациента — это оценка его профессионализма и качества работы [14].

Важная роль в оказании внебольничной психиатрической помощи отводится психосоциальной реабилитации. Современное определение психосоциальной реабилитации дали И.Я. Гурович и А.Б. Шмуклер [15], понимая под ней восстановление нарушенных когнитивных, мотива-

ционных и эмоциональных ресурсов личности, обеспечивающее интеграцию психически больных в общество [16].

Выделены следующие принципы психосоциальной реабилитации:

- раннее начало реабилитационной работы (может применяться на любом этапе наблюдения, вне обострения);

- необходимость формулирования четкой цели каждого и временного отрезка, в течение которого планируется достигнуть этой цели;

- выбор формы вмешательства должен производиться, исходя из реальной потребности конкретного пациента;

- постепенное усложнение и углубление психосоциальных воздействий, приближающих пациента к обычным жизненным требованиям;

- непрерывность (необходимость неоднократных повторных поддерживающих психосоциальных воздействий).

Наиболее эффективными формами организации реабилитационного процесса являются тренинги когнитивных и социальных навыков: когнитивная ремедиация, когнитивная улучшающая терапия, личностно-ориентированная терапия шизофрении, тренинг распознавания эмоций, функциональная тренировка поведения, мультисемейные группы и пр.

Все современные программы и модули для обеспечения последовательного, полноценного охвата всех тренируемых функций имеют три составляющие:

- 1) когнитивная (работа с когнитивными функциями: тренинги внимания, рабочей памяти, ассоциирования, мнемотехники);

- 2) коммуникативная (социальная перцепция, социальное проблемно-решающее поведение, копинг-стратегии, вербальная и невербальная коммуникация);

- 3) социальная (тренировка в поле решений конкретных задач, конкретных проблем, которые приводят пациента к дистрессовой реакции, провоцирующей обострение: ролевые тренинги, обработка проблемных кейсов).

Литература

1. Европейская декларация по охране психического здоровья. ВОЗ, 2005. Mental health declaration for Europe, WHO. – 2005.
2. Европейский план действий по охране психического здоровья. ВОЗ, 2013. The European Mental Health Action Plan, WHO. – 2013.
3. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013-2020 гг. ВОЗ, 2013. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013 – 2020, WHO. – 2013.
4. Реформирование психиатрических служб и показатели заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2014-2016 гг. / Казаковцев Б. А., Демчева Н. К., Сидорюк О. В. [и др.] // Психическое здоровье. – 2017. – № 15 (10). – С.15-26.
5. Экономическая оценка масштаба вложений и потерь вследствие психических заболеваний: методология исследования и социально-экономический прогноз последствий / Ястребов В. С., Солохина Т. А., Шевченко Л. С. [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 4. – С.21-28.
6. Гурович, И. Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический аспект // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – № 4. – С. 12-17.
7. Гурович, И. Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический уровень // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – № 2. – С. 51– 52.
8. Гурович, И. Я. Сберегающая (превентивная) психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – № 1. – С. 5-9.
9. Особенности оказания психиатрической помощи одиноким больным шизофренией во внебольничных условиях: методические рекомендации № 2000/48 / Гурович И. Я., Сальникова Л. И., Кирьянова Е. М. [и др.]. – М., 2000. – 22 с.
10. Гурович, И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / Гурович И. Я., Шмуkler А. Б., Сторожакова Я. А. – М. : Медпрактика-М, 2004. – 492 с.

Особенность нового подхода в психосоциальной работе заключается во включении пациента в различные виды деятельности при помощи технологий и методов социальной работы, социальной педагогики, психологи [17].

Таким образом, внедрение современных форм организации внебольничной психиатрической помощи позволит улучшить ее качество: восстановить психический, психологический, семейный, социальный статус пациента и реинтегрировать его в общество, а также организовать помощь пациентам разных нозологических и возрастных групп, создать специальное жилье для хронически психически больных, утративших жилье и социальные связи.

Для внедрения современных форм организации внебольничной психиатрической помощи в лечебную практику возникает необходимость их подробного изучения.

В связи с этим назрела потребность включения информации современным формам внебольничной психиатрической помощи в учебные программы по профессиональной переподготовке, повышению квалификации врачей-психиатров, а также в разработке краткосрочных профессиональных программ (36 час., 16 час.) по непрерывному обучению врачей-психиатров современным формам внебольничной помощи в связи со сменой процедуры сертификации на процедуру аккредитации специалистов при изменении государственного регулирования права на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности [18].

Выводы

Внедрение современных форм внебольничной психиатрической помощи в учебные программы по профессиональной переподготовке, повышению квалификации врачей-психиатров, а также краткосрочные профессиональные программы по непрерывному обучению врачей-психиатров обеспечит дальнейшее развитие и совершенствование психиатрической помощи населению РФ.

11. Краснянский, Н. Л. Полустационар — оптимальная модель здравоохранения в XXI веке. – 2003. – Url: <http://www.psi.tamb.ru/trudi.html>.
12. Уткин, А. А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации : дисс. ... канд. мед. наук. – М. : МНИИ психиатрии, 2009. – 144 с.
13. Савельев, Д. В. Когда не требуется госпитализация // Московская медицина. – 2017. – № 2. – С. 56-57.
14. Гостюк, Г. П. Участковый врач-психиатр сегодня становится ключевым звеном всей системы оказания психиатрической помощи // Московская медицина. – 2017. – № 2. – С. 5-12.
15. Гурович, И. Я. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. – М. : Медпрактика. 2002. – 179 с.
16. Торникрофт, Г. Матрица охраны психического здоровья. Пособие по совершенствованию служб / Торникрофт Г., Танселла М.; пер. с англ. – Киев : Сфера, 2000. – 333 с.
17. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера. – М. : Медпрактика. – М – 2002. – 179 с.
18. Об особенностях допуска физических лиц к осуществлению медицинской деятельности и (или) фармацевтической деятельности без сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста и (или) специальностям, не предусмотренным сертификатом специалиста или свидетельством об аккредитации специалиста / Приказ МЗ РФ от 14 апреля 2020 г. №327н. – М. – 2020.

Сведения об авторах

Сиденкова Алёна Петровна — д-р мед. наук, доц., зав. кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: sidenkovs@mail.ru.
Бабушкина Екатерина Ивановна — канд. мед. наук, доц. кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: ei_babysh@mail.ru.

.....

МОТИВАЦИОННАЯ ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ УРАЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА К РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

УДК 159.91:616-053.9: 378.14

Н.Л. Шкиндер, Е.А. Серкова-Холмская

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Социально-демографические изменения в обществе ставят новые задачи, связанные с укреплением здоровья и с сохранением функциональных способностей пожилых людей, с созданием условий для их психологического и социального благополучия. В связи с этим в структуре профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием возрастает необходимость формирования у них социально-психолого-педагогической компетентности, ориентированной на социальные и психологические детерминанты здоровья пожилых пациентов.

Ключевые слова: медицинское образование, пожилые пациенты, мотивация, социально-психолого-педагогическая компетентность.

MOTIVATIONAL READINESS OF STUDENTS OF THE URAL STATE MEDICAL UNIVERSITY TO WORK WITH ELDERLY PATIENTS

N.L. Shkinder, E.A. Serkova-Holmskaya

Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

Social and demographic changes in society pose new challenges to improving health and preserving the functional abilities of older persons, creating conditions for their psychological and social well-being. In this regard, in the structure of professional training of specialists with higher medical education, the need for them to develop socio-psychological and educational competence, focused on the social and psychological determinants of the health of older patients, is increasing.

Keywords: medical education, elderly patients, motivation, socio-psycho-pedagogical competence.

Введение

Социально-демографические изменения, связанные со стремительным старением населения и быстрым увеличением численности самых старших возрастов в демографической структуре, становятся предметом особой заботы руководителей национальных систем здравоохранения. По оценкам ВОЗ, в период с 2015 до 2050 года численность населения в мире в возрасте 60 лет и старше увеличится более чем в два раза — с 900 миллионов до 2 миллиардов [1, 2]. Во Всемирном докладе ВОЗ о старении и здоровье [3] (2015) отмечается возрастающее значение кадровой

составляющей национальных систем здравоохранения в решении этой проблемы. По мнению авторов доклада, основой для принятия мер по содействию здоровому старению должен стать переход здравоохранения: от моделей, основанных на лечении болезней, к моделям, ориентированным на оказание комплексной долгосрочной помощи пожилым людям на основе принципов личностно-ориентированного подхода [3].

При оценке динамики функциональных способностей и потребностей пожилых людей в отношении здоровья важно учитывать не только конкретные заболевания пожилых пациентов,

но и разноплановую динамику физиологических изменений, болезни и мультиморбидности в пожилом возрасте, возрастающую значимость социальных и психологических детерминант, влияющих на состояние здоровья и траекторию изменений функциональных способностей [4, 5, 6]. Медицинская помощь, учитывающая эти комплексные потребности пациентов пожилого возраста, оказывается более эффективной, нежели медицинские услуги, являющиеся узкой ответной мерой на конкретное заболевание.

Преодоление узкоспециализированного подхода к оказанию медицинской помощи пожилым пациентам возможно в случае внесения качественных изменений в систему подготовку специалистов с высшим медицинским образованием, формирования у них профессиональной компетентности и совершенствования клинического мышления [7, 8].

Цель исследования

Выявить мотивационную готовность студентов выпускного курса УГМУ к работе с пациентами пожилого возраста и пути ее повышения в процессе обучения в вузе.

Участники и методы исследования

В осеннем семестре 2020/2021 уч. года в Уральском государственном медицинском университете был проведен анкетный опрос студентов 6 курса, осваивающих программу специалитета «Лечебное дело» для оценки их мотивационной готовности к работе с пациентами пожилого возраста.

В соответствии с определением мотивационной готовности к работе врача как динамической системы профессионально значимых ценностей и установок, вопросы анкеты были структурированы по следующим разделам.

1. Оценка социальной значимости профессии врача.

2. Оценка ориентированности на работу с пожилыми пациентами, в том числе определялся предпочтительный возраст пациентов. В исследовании оценивалось отношение к пожилым людям и понимание их социальной роли, наличие опыта работы с пожилыми людьми, умение бесконфликтно общаться, возможность испытывать удовлетворенность от профессионального взаимодействия с пожилыми пациентами, оценка роли общения и доверительных отношений с пожилыми пациентами для повышения качества медицинской помощи [10].

3. Оценка профессионально значимых и личностных качеств врача, необходимых для работы с пожилыми пациентами.

4. Самооценка мотивационной готовности к работе с пожилыми пациентами и оценка готовности выпускников повышать свою социально-педагогическую компетентность.

В анкетном опросе приняли участие 157 студентов выпускного курса лечебно-профилактического факультета УГМУ, которые в период анкетирования проходили практическую подготовку в поликлинической службе медицинских организаций г. Екатеринбурга в качестве помощников участковых врачей-терапевтов.

Результаты и обсуждение

Полученные результаты представлены в виде трех основных взаимосвязанных разделов, представляющих мотивационную готовность выпускников к работе с пожилыми пациентами:

1) признание высокой социальной значимости профессии врача;

2) ориентированность на работу с пожилыми пациентами и положительным отношением к ним;

3) развитие профессионально значимых и личностных качеств, необходимых для достижения высокого качества медицинской помощи пожилым пациентам и обеспечивающих устойчивую мотивацию к данной деятельности.

Важным индикатором мотивационной готовности является оценка студентами ценностных оснований выбора профессии врача, признания ее престижа и социальной значимости, поскольку выбор профессии, как правило, определяет последующий трудовой путь и способы личностной самореализации человека в течение всей последующей жизни.

Таблица 1
Распределение ответов респондентов на вопрос «Что привлекает Вас лично в профессии врача?» (в % от числа ответивших; n=157)

Варианты ответов	Ответы респондентов
Реализовать свой личный потенциал и стать профессионалом высокого уровня	59,2
Возможность «обезопасить» себя, родных и близких в случае болезни, т.к. профессия врача дает знания и связи в медицине	53,5
Высокая социальная значимость медицинского труда и престиж медицинской профессии в обществе	45,2
Интерес, связанный с изучением такого сложного объекта, каким является организм человека	44,0
Желание облегчить страдание тяжелобольных пациентов, в т.ч. пожилого возраста, и их родственников	38,2
Возможность работать среди образованных и интересных людей	38,2
Возможность иметь нормальный материальный доход	23,0
Ощущать зависимость других людей от себя	6,0
Другое	2,5

Ранжирование вариантов ответов по убыванию их значимости (табл. 1) показывает, что большинство респондентов (более 50,0 %) связывают выбор профессии врача с ее личностной значимостью, например, с возможностью реализовать свой личностный потенциал и стать профессионалом высокого уровня, а также иметь возможность «обезопасить» себя, родных и близких в случае болезни. Следовательно, приоритетом в выборе профессии врача выступает личностная значимость, способствующая формированию как профессиональной идентичности, так и профессиональной адаптации молодых специалистов.

Около половины респондентов соотносят личностный смысл профессиональной деятельности в области медицины с социальной значимостью профессии врача. Высокая социальная значимость медицинского труда и престиж медицинской профессии в обществе являются мотивом выбора профессии врача для 45,2 % респондентов.

Значимым социально и духовно ориентированным мотивом выбора профессии для 38,2 % респондентов является желание облегчить страдание тяжелобольных пациентов, в т.ч. пожилого возраста, и их родственников.

Мотив, связанный с возможностью иметь нормальный материальный доход, обозначен каждым пятым респондентом и не является лидирующим среди выбранных вариантов ответов.

Подавляющее большинство студентов (89,8 % респондентов) к моменту окончания обучения в университете имеют опыт оказания медицинской помощи пациентам пожилого возраста в медицинской организации. Взаимодействие студентов с пожилыми пациентами осуществлялось в процессе работы в медицинской организации в качестве среднего (младшего) медицинского персонала (53,5 % респондентов) или в процессе прохождения практики (36,3 % респондентов).

Тем не менее, оценка предпочтений возрастной категории пациентов показала, что на эмоционально-мотивационном уровне с пациентами пожилого возраста готово работать только 7,0 % респондентов (рис. 1). Большинство студентов ориентировано на работу с пациентами среднего (48,5 % респондентов) и молодого (37,0 % респондентов) возраста.

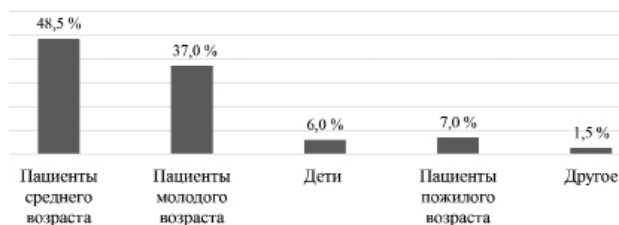


Рис. 1. Распределение ответов респондентов на вопрос: «С какой возрастной категорией пациентов Вам легче всего работать?» (в % от числа ответивших; n=157)

Ценностно-смысловым компонентом мотивационной готовности студентов к работе с пациентами пожилого возраста являются понимания их социальной роли и уважения к их личности. Большинство студентов считают, что пожилые люди являются хранителями жизненного опыта, необходимого последующим поколениям (43,6 % респондентов), или являются объектом заботы и внимания (38,0 % респондентов). Однако 7,0 % респондентов выразили мнение, что пожилые люди, как правило, отстают от уровня культуры и образованности молодежи, поэтому с ними трудно найти общий язык (рис. 2).



Рис. 2. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы можете охарактеризовать социальную значимость и роль пожилых людей в жизни общества?» (в % от числа ответивших; n=157)

Ориентированность будущих врачей на работу с пожилыми пациентами оценивалась на основе анализа следующих показателей:

- стремление к бесконфликтному профессиональному взаимодействию (рис. 3);
- удовлетворенность от профессионального взаимодействия с пожилыми пациентами (рис. 4);
- признание значимости пациент-ориентированного общения и доверительных отношений с пожилыми пациентами для повышения качества медицинской помощи (рис. 5);
- переживание положительного эмоционального отклика в общении с пожилыми пациентами и установка на конструктивный характер дальнейших взаимоотношений (рис. 6).

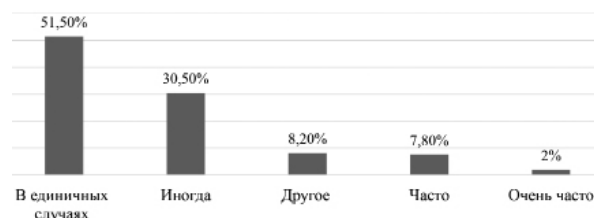


Рис. 3. Распределение ответов респондентов на вопрос: «При взаимодействии с пациентами пожилого возраста возникновение конфликтных ситуаций встречается...» (в % от числа ответивших; n=157)

Исследование показало, что большинство выпускников ориентировано на работу с пожилыми пациентами. Свои взаимоотношения с пожилыми пациентами студенты характеризуют как преимущественно бесконфликтные. При взаимодействии с пациентами пожилого возраста возникновение конфликтных ситуаций встречается крайне редко — «в единичных случаях» — у 51,5 % респондентов и «иногда возникают конфликты» — у 30,5 % респондентов (рис. 3).



Рис. 4. Распределение ответов респондентов на вопрос: «При оказании медицинской помощи пациентам пожилого возраста я получаю положительные эмоции и испытываю чувство удовлетворения от...» (в % от числа ответивших; n=157)

При оказании медицинской помощи пациентам пожилого возраста большинство студентов (96,8 % респондентов) испытывают чувство удовлетворения от осознания того, что труд врача приносит пользу пациентам, в том числе пожилым пациентам (рис. 4).

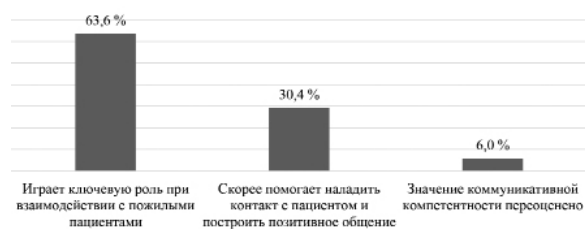


Рис. 5. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Пациент-ориентированное общение врача с пациентами пожилого возраста при оказании медицинской помощи...» (в % от числа ответивших; n=157)

У большинства студентов сформировано понимание значимости пациент-ориентированного общения и доверительных отношений с пожилыми пациентами для повышения качества медицинской помощи. 94,0 % респондентов считают, что пациент-ориентированное общение врача с пожилыми людьми играет ключевую роль при оказании медицинской помощи и помогает наладить контакт с пациентом (рис. 5).



Рис. 6. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Общаясь с пациентами пожилого возраста, я испытываю...» (в % от числа ответивших; n=157)

Переживание положительного эмоционального отклика в общении с пожилыми пациентами и наличие установки на конструктивный характер дальнейших профессиональных взаимоотношений отметили 90,4 % респондентов (рис. 6).

Анализ результатов самооценки студентами профессиональных взаимоотношений с пациентами пожилого возраста (рис. 7) позволяет сделать вывод о том, что большинство респондентов характеризуют эти взаимоотношения как построенные на полном доверии и взаимопонимании (24,2 % респондентов) или скорее на доверии и взаимопонимании со стороны большинства пациентов пожилого возраста (61,1 % респондентов). Однако не все студенты готовы выстраивать доверительные отношения с пожилыми пациентами. Так, у 3,9 % респондентов профессиональные взаимоотношения с пожилыми пациентами характеризуются отсутствием доверия и взаимопонимания. Учитывая конструирующий характер межличностных отношений в социальной сфере, в том числе между врачом и пациентом, можно заключить, что отсутствие доверия и взаимопонимания между врачом и пожилыми пациентами приводит к чрезмерной сосредоточенности на медицинских проблемах, неудовлетворенности пациентов, возможности врачебных ошибок и снижению качества медицинской помощи.

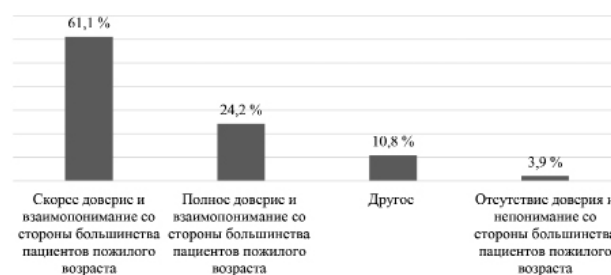


Рис. 7. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Мои профессиональные взаимоотношения с пациентами пожилого возраста можно охарактеризовать как...» (в % от числа ответивших; n=157)

Результаты ранжирования профессионально значимых качеств врача в оценках студентов представлены в таблице 2.

На первое место студенты поставили такое профессиональное качество, как «умение мотивировать пациентов пожилого возраста к лечению и самосохранительному поведению», на второе место — «знание этики, медицинской деонтологии и геронтологии», на третье — «умение настраивать пациентов пожилого возраста на ежедневное преодоление физических ограничений и эмоциональных переживаний, обусловленных снижением функциональной активности организма». Однако способность к самопознанию и рефлексии собственного профессионального опыта как профессионально значимую выбрали только 12,1 % респондентов.

Таблица 2

Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы считаете, какими профессионально значимыми качествами должен обладать врач при взаимодействии с пациентами пожилого возраста?» (в % от числа ответивших; n=157)

Варианты ответов	Ответы респондентов
Умение мотивировать пациентов пожилого возраста к лечению и самосохранительному поведению	72,6
Знание этики, медицинской деонтологии и геронтологии	70,0
Умение настраивать пациентов пожилого возраста на ежедневное преодоление физических ограничений и эмоциональных переживаний, обусловленных снижением функциональной активности организма	51,5
Умение выстраивать пациент-ориентированное общение при сборе и анализе жалоб пациента пожилого возраста	44,0
Выполнять профессиональные обязанности с учётом индивидуальных особенностей пациентов пожилого возраста	42,6
Способность влиять на эмоционально-душевное состояние пациентов, настраивать на позитив	38,2
Креативность и умение найти выход из сложной ситуации в профессиональной деятельности	26,1
Субъектность (способность самостоятельно осуществлять профессиональную деятельность и нести ответственность за принятые решения)	18,4
Способность к самопознанию и рефлексии собственного профессионального опыта	12,1

Результаты ранжирования личностных качеств врача, значимых в работе с пожилыми пациентами, в оценках студентов представлены в таблице 3. Среди предложенных вариантов лидируют терпение и доброжелательность (91,0 % респондентов), ответственность и внимательность (76,4 % респондентов). Такие качества, как эмпатийность, открытость, духовность, выбрали около трети респондентов.

Таблица 3

Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы считаете, какими личностными качествами должен обладать врач при взаимодействии с пациентами пожилого возраста?» (в % от числа ответивших; n=157)

Варианты ответов	Ответы респондентов
Терпение и доброжелательность	91,0
Ответственность и внимательность	76,4
Развитые коммуникативные способности	45,2
Личная заинтересованность в оказании помощи пациенту пожилого возраста	38,8
Эмпатийность и открытость	35,0
Духовность, способность к сочувствию и состраданию	33,1

Большинство студентов (67,0 % респондентов) выразили готовность повысить уровень социальных и психолого-педагогических компетенций, необходимых для работы с пациентами пожилого возраста (табл. 4).

Таблица 4

Распределение ответов респондентов на вопрос: «Если бы мне предложили повысить свою социально-педагогическую компетентность для работы с пациентами пожилого возраста» (в % от числа ответивших; n=157)

Варианты ответов	Ответы респондентов
Я согласился бы, так как считаю, что проведение обучающих занятий по развитию коммуникативных способностей и овладению психологическими техниками влияния на пациентов пожилого возраста повысит качество медицинской помощи	67,0
Скорее бы не согласился, так как считаю, что все компетенции, необходимые для работы с пациентами пожилого возраста, были сформированы во время учебы в университете	24,0
Не согласился бы, так как не считаю, что мне это нужно	5,0
Не уверен, что смог бы освоить техники общения с пожилыми пациентами	4,0

Результаты самооценки уровня готовности к работе с пациентами пожилого возраста представлены на рисунке 8.

Свою мотивационную готовность к работе с пожилыми пациентами большинство студентов (65,0 % респондентов) оценили относительно высокими балами (4 и 5), еще 27,2 % респондентов данный показатель оценили на базовом уровне (3). В то же время 7,8 % респондентов обозначили свою неготовность к самостоятельной работе с пожилыми пациентами.

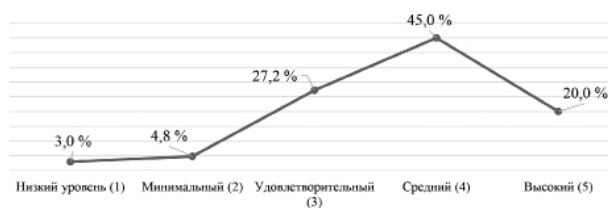


Рис. 8. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы оцениваете свою профессиональную готовность к работе с пациентами пожилого возраста?» (в % от числа ответивших)

По результатам исследования можно сделать общий вывод о том, что студенты высоко оценивают социальную и личностную значимость профессии врача, выражают мотивационную готовность к работе с пожилыми пациентами, осознают сложности в выстраивании профессиональных взаимоотношений с пожилыми пациентами, однако при этом большинство из них ориентировано на работу с пациентами молодого и среднего возраста.

Проведенная на основании результатов исследования экспертиза содержания основной образовательной программы высшего образования по специальности «Лечебное дело» требует более системного и последовательного преподавания вопросов геронтологии и гериатрии в дисциплинах «Общая врачебная практика и профилактическая медицина», «Современные подходы к диагностике и лечению инсульта», «Трудности

диагностики и тактики в хирургии неотложных состояний пожилых пациентов», «Опухолевые заболевания в деятельности врача общей практики», «Введение в остеопатию», «Клиническая диетология», «Клиническая анатомия» и др.

Выводы

Таким образом, практическое решение проблем, связанных с подготовкой будущих врачей к социально-педагогическим и социально-пси-

хологическим аспектам сохранения здоровья пожилых пациентов в целях продления их социально-функциональной активности и поддержания качества жизни может быть достигнуто путем последовательного внесения инноваций в содержание и организационные формы современного высшего медицинского образования.

Литература

1. Каковы последствия старения населения в мире для общественного здравоохранения? / Всемирная организация здравоохранения: глобальный веб-сайт. – URL: <https://www.who.int/features/qa/42/ru> (дата обращения: 28.02.2021). – Текст : электронный.
2. Князева, О. В. К проблеме формирования психологической готовности студентов медицинского колледжа к взаимодействию с пожилыми людьми / О. В. Князева // Мир науки, культуры, образования. – 2011. – № 6 (31). – С. 75-79.
3. Всемирный доклад о старении и здоровье. Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2016. – URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789244565049_rus.pdf;jsessionid=D5B474C33EBC2A32AB61A66772D7D306?sequence=10 (дата обращения: 28.02.2021). – Текст : электронный.
4. Васильева, Е. Ю. Модель педагогической компетентности врача / Е. Ю. Васильева, Т. В. Тагаева. – URL: <https://sworld.com.ua/konfer38/446.pdf> (дата обращения: 28.02.2021). – Текст: электронный.
5. Пальцев, М. А. 4П-медицина как новая модель здравоохранения в Российской Федерации / М. А. Пальцев, Н. Н. Балушкина, Е. А. Чабан // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. – 2015. – № 2. – С. 48– 54.
6. Меззич, Х. Е. Введение в концептуальные основы личностно-ориентированной психиатрии / Х. Е. Меззич, Г. Н. Христоводу, Б. К. Фулфорд // Российский психиатрический журнал. – 2016. – № 5. – С. 9 – 14.
7. Косырев, В. Н. Психологическая модель диагностической компетентности врача // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 1(6). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 28.02.2021). – Текст : электронный.
8. Развитие форм взаимодействия медицинских специалистов с пациентами / Р.А. Хальфин, Л.Е. Сырцова, Д. П. Львова, А. М. Алленов // Российский психиатрический журнал. – 2018. – № 5. – С. 10– 18.
9. Hood, L. – URL: <https://systemsbiology.org/bio/leroy-hood> (дата обращения: 28.02.2021). – Текст : электронный.
10. Петрова, Л. Е. Качество деятельности врача: оценка работы и дополнительного профессионального образования / Л. Е. Петрова, С. А. Царькова // Уральский медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 122– 126.

Сведения об авторах

Шкиндер Наталья Леонидовна — канд. биол. наук, доц. кафедры высшего сестринского и социального образования, начальник учебно-методического управления, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: NSkinder@mail.ru.

Серкова-Холмская Елизавета Андреевна — специалист по учебно-методической работе отдела СМК, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: ielizavieta.kholmkaia@mail.ru.

НАУКА И ПРАКТИКА

НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ: СОСТОЯНИЕ И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ

УДК 614.2

Е.И. Бабушкина

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В связи с особым вниманием Правительства РФ к состоянию наркологической службы в стране, в последние годы был принят ряд законодательных актов по улучшению алкогольной и наркотической ситуации, обязательных к исполнению в каждом регионе. Однако в целом в специализированной службе сохраняется ряд негативных тенденций, ухудшающих качество оказания наркологической помощи: снижение числа обращений за специализированной помощью, ухудшение обеспечения службы врачами психиатрами-наркологами и специалистами реабилитационного звена, низкий процент вовлечения пациентов в реабилитационные программы и низкое качество ремиссий. На примере Свердловской области рассмотрены пути оптимизации наркологической помощи.

Ключевые слова: наркологическая служба, современное состояние, негативные тенденции, пути оптимизации.

DRUG REHABILITATION IN THE SVERDLOVSK REGION: SITUATION AT PRESENT AND WAYS OF IMPROVEMENT

E. I. Babushkina

Ural state medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

Due to the Russian Government's special attention to the state of the drug service in the country, in recent years a number of legislation has been passed to improve the alcohol and drug situation, mandatory in each region. In general, however, the specialized service maintains a number of negative trends that are deteriorating the quality of drug care: a decrease in the number of referrals for specialized care, a deterioration in the provision of services by psychiatrists and rehabilitation specialists, a low percentage of patients' involvement in rehabilitation programs and poor quality of remissions. The ways to optimize drug treatment are considered on the example of the Sverdlovsk region.

Keywords: drug service, the current state, negative trends, ways of optimization.

Введение

Наркологические расстройства являются распространенными социально-значимыми заболеваниями, несущими большие медицинские, социально-экономические потери для общества. Правительство Российской Федерации уделяет большое внимание их профилактике, принимая ряд законодательных актов, направленных на улучшение алкогольной и наркотической ситуации в стране [1, 2, 3, 4, 5, 6]. В 2016 г. в Российской Федерации, а также в Свердловской области была завершена программа модернизации наркологической службы, благодаря которой было улучшено кадровое обеспечение и материально-техническое состояние специализированных учреждений и подразделений, а также внедрены современные методы медико-социальной реабилитации пациентов, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью [7, 8]. Тем не менее в специализированной службе сохраняется ряд негативных тенденций, требующих изучения и выбора методов их преодоления.

Цель работы

Обсуждение медико-социальных аспектов современного состояния наркологической помощи в Свердловской области и оценка перспективных направлений ее развития.

Материалы и методы

В качестве объекта исследования выбрана наркологическая служба Свердловской области. На первом этапе исследования проведен анализ

показателей, характеризующих общую заболеваемость наркологическими расстройствами среди взрослого и подросткового населения, удельный вес наркологических больных, включенных в программы стационарной и амбулаторной медико-социальной реабилитации, кадровые ресурсы региональной наркологической службы за период с 2005 по 2019 гг. Осуществлено сравнение с аналогичными данными по Российской Федерации в целом. На втором этапе проводилась оценка результативности работы областной наркологической службы и определение перспектив ее дальнейшего развития.

Обсуждение и результаты

Амбулаторная наркологическая помощь является основным звеном в профилактике, лечении и реабилитации пациентов, страдающих алкогольной и/или наркотической зависимостью.

За период 2005-2019 гг. в Свердловской области на 38,0 % снизилась общая заболеваемость наркологическими расстройствами, что составило в 2019 году 1019,8 чел. на 100 тыс. населения (2005 г. — 1652,6 чел.). Аналогичная тенденция наблюдается в целом по Российской Федерации. За тот же период в РФ на 43,0 % снизилась общая заболеваемость наркологическими расстройствами и в 2019 г. она составила 1385,5 чел. на 100 тыс. населения [9, 10].

Одновременно наблюдается снижение числа пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (страдающих алкоголизмом), включая алкогольные психозы, зарегистрированные наркологиче-

скими учреждениями Минздрава Свердловской области. За период 2005-2019 гг. число пациентов снизилось на 46,0 % и составило в 2019 г. 615,0 чел. на 100 тыс. населения (2005 г. — 1137,7 чел.). По РФ зафиксировано снижение числа пациентов на 43,0 %; в 2019 г. болезненность составила 937,1 чел. на 100 тыс. населения (2005г. — 1654,4 чел.) [2, 10].

Согласно официальным отчетам снизилось число пациентов с синдромом зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), зарегистрированных наркологическими учреждениями. За период 2005-2019 гг. в Свердловской области уровень болезненности снизился на 35,0 % и в 2019 г. составил 156,1 чел. на 100 тыс. населения (2005 г. — 249,9 чел.); по РФ снижение произошло на 29,0 % и в 2019 г. болезненность составила 170,6 чел. на 100 тыс. населения (2005г. — 241,97 чел.) [9, 10].

Однако тенденция снижения числа пациентов с пагубным употреблением алкоголя является неоднозначной. С одной стороны, за период 2005-2019 гг. в Свердловской области наблюдается снижение болезненности на 33,0 % и в 2019 г. она составила 131,7 чел. на 100 тыс. населения (2005 г. — 196,1 чел.), в то время как по РФ снизилась на 62,0 % и в 2019 г. составила 148,5 чел. на 100 тыс. населения (2005 г. — 387,9 чел.) [9, 10]. Однако с другой стороны такое снижение отражает неблагоприятную тенденцию, связанную с тем, что не имея сформированной зависимости от алкоголя, данная категория пациентов, нуждающихся в более раннем и активном вовлечении их в социально-медицинские амбулаторные реабилитационные программы, не всегда может получить своевременную медицинскую помощь.

В то же время положительной тенденцией является увеличение числа зарегистрированных наркологическими учреждениями пациентов с пагубным употреблением наркотических веществ. За период 2005-2019 гг. в Свердловской области болезненность увеличилась в 2 раза и в 2019 г. составила 103,1 чел. на 100 тыс. населения (2005 г. — 49,2 чел.). За этот же период болезненность по РФ увеличилась на 6,0 % и в 2019 г. составила 117,6 чел. на 100 тыс. населения (200 г. — 110,6 чел.) [9, 10]. Для пациентов этой группы большую значимость имеет более активное вовлечение пациентов и их родственников в амбулаторные и стационарные социально-медицинские реабилитационные программы.

В Свердловской области, как и в целом в РФ, продолжает снижаться обращаемость пациентов в государственные и муниципальные медицинские учреждения области, оказывающие наркологическую помощь. За период 2005-2019 гг. в области на 16,0 % снизилось число пациентов, обратившихся в государственные и муниципальные наркологические учреждения по поводу заболевания. В 2019 г. «пациент», состоящий на диспансерном наблюдении у врача психиатра-нарколога, в течение года сделал 3,0 посещения по поводу заболевания, тогда как в 2005 году таких посещений было 3,6 [9, 10].

Одной из причин снижения обращаемости наркологических больных за специализирован-

ной медицинской помощью является формирование у них «синдрома отчуждения болезни», способствующего отрицанию симптомов наркотического заболевания, и соответственно, необходимости лечения [11].

Другой причиной «оттока» пациентов выступает репрессивно-ограничительная модель наркологической помощи с системой диспансерного наблюдения и амбулаторного принудительного лечения, ограничивающая права пациентов. В связи с этим часть пациентов отказывается посещать государственные ЛПУ и обращается за помощью в частные наркологические больницы и реабилитационные центры, а также наркологические кабинеты медицинских центров, оказывающих помощь пациентам с наркологической патологией. В настоящее время в г. Екатеринбурге открылась частная наркологическая больница, а также работает более 30-ти коммерческих медицинских центров по оказанию специализированной наркологической помощи.

Наконец, еще одной причиной снижения обращаемости пациентов является недоступность наркологической помощи в отдаленных населенных пунктах области. Первичная наркологическая помощь в Свердловской области оказывается лишь в 58 муниципальных образованиях, что составляет 84,3 %, причем в 51 муниципальных образованиях амбулаторные приемы осуществляют фельдшеры-наркологи.

В связи с этим возникает потребность в организации и проведении выездных форм оказания первичной наркологической помощи, а также обучение специалистов первичного звена здравоохранения и муниципальных Центров здоровья вопросам раннего выявления лиц, склонных к злоупотреблению ПАВ. Эти направления отражены в комплексной программе Свердловской области «Общественное здоровье уральцев» на 2021-2024 гг.» [12].

С рассмотренными выше негативными тенденциями тесно связано увеличение числа подростков, активно приобщающихся к употреблению алкоголя и наркотических веществ. Если в 2005 году государственной наркологической службой Свердловской области было зарегистрировано 83 подростка с синдромом зависимости от алкоголя, включая алкогольные психозы, или 96,6 чел. в расчете на 100 тыс. подросткового населения, что превышало среднероссийский показатель в 2 раза (РФ — 47,9 на 100 тыс. подросткового населения) [10], то в 2019 году общая заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя, включая алкогольные психозы в области составила 16,7 чел. на 100 тыс. подросткового населения (по РФ — 3,21 чел. на 100 тыс. подросткового населения). Несмотря на то, что за период 2005-2019 гг. в области снизилось общая заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя, включая алкогольные психозы на 83,0 %, показатели общей заболеваемости подростков с синдромом зависимости от алкоголя в Свердловской области превышают среднероссийские показатели в среднем в 2-5 раз на протяжении всего рассматриваемого периода. В то же время

при снижении общей заболеваемости среди подростков синдромом зависимости от наркотиков (наркомания), за период с 2005-2019 гг. она снизилась на 44,0 % и составила 14,3 подростка на 100 тысяч подросткового населения (2005 г. — 25,6 подростка), общая заболеваемость наркоманией среди подростков, проживающих на территории Свердловской области, превышает среднероссийский показатель в 2019 г. на 21,0 %.

Выявленные негативные тенденции в оказании наркологической помощи населению Свердловской области в значительной степени обусловлены кадровой проблемой — обеспеченностью ЛПУ психиатрами-наркологами, а также другими специалистами, участвующими в лечебно-реабилитационном процессе — психотерапевтами, медицинскими психологами, социальными работниками, специалистами по социальной работе.

За период 2005-2019 гг. количество врачей психиатров-наркологов в области снизилось на 15,0 %, что составило 0,22 специалиста на 10 000 человек в 2019 г., и оказалось ниже среднероссийского показателя на 37 % [9]. В настоящее время укомплектованность областной наркологической службы врачами психиатрами-наркологами составляет лишь 59,4 % от необходимого количества. В 2019 году коэффициент совместительства психиатров-наркологов составил 1,7, превысив среднероссийский показатель на 6,0 %, и указывающий также на их значительную загруженность.

Острая нехватка психотерапевтов, медицинских психологов, социальных работников, специалистов по социальной работе свидетельствует о низком уровне обеспеченности наркологической службы специалистами реабилитационного звена.

В связи с этим Правительством Свердловской области утвержден план мероприятий («дорожная карта») по развитию областной наркологической службы [13], а также ряд мероприятий по улучшению кадрового обеспечения ЛПУ специалистами наркологического профиля [12, 14, 15].

Важнейшим звеном наркологической помощи является стационарная специализированная медицинская помощь, которая оказывается в Свердловской области в наркологических отделениях четырех областных психиатрических больниц, в областной наркологической больнице (СОНБ), а также в восьми наркологических отделениях, развернутых в ЦРБ и ЦГБ, с общим числом наркологических коек 738. В 2019 году обеспеченность наркологическими койками в области составляла 1,44 койки на 10 тыс. населения, что выше среднероссийского показателя на 6,0 %. Вместе с тем наблюдается тенденция преобладания лечебных наркологических коек над реабилитационными койками более чем в 5 раз. Это означает, что основные усилия наркологической службы направлены на осуществление преимущественно лечебных мероприятий. С открытием в составе ГАУЗ СО «Областная наркологическая больница» областного специ-

ализированного центра медико-социальной реабилитации больных наркоманией «Урал без наркотиков», в области дополнительно развернуто 115 реабилитационных коек. Но и это количество коек является недостаточным для медико-социальной реабилитации всех нуждающихся. Согласно данным ФСКН, в Свердловской области развернуто 29 негосударственных реабилитационных центров, что доказывает высокую потребность в реабилитационных койках [6].

Другим негативным моментом в стационарной областной наркологической службе является рост повторных госпитализаций. Так, за период 2005-2019 гг. наблюдается увеличение на 5,0 % числа повторных поступлений на стационарное лечение. В Свердловской области в 2019 г. в наркологические стационары повторно поступили 18,0 % больных с наркологическими расстройствами. В большинстве случаев это связано с тем, что около 50,0 % больных проходят только дезокситационный цикл медицинских услуг и не включаются в реабилитационные программы. Отсутствие системы, регулирующей число обращений за наркологической помощью и продолжительность стационарного лечения, привело к появлению практики «вращающихся дверей», которая требует значительных финансовых вложений в ЛПУ наркологического профиля.

Негативные тенденции в работе областной наркологической службы усматриваются и в практике оказания реабилитационной помощи пациентам, страдающим алкогольной и наркотической зависимостью.

В 2019 году только 1,7 % пациентов были включены в программы стационарной реабилитации от общего числа госпитализированных больных, что в 3 раза ниже среднероссийского показателя (в РФ — 5,4%). При этом только 74,3 % от числа проходивших стационарную реабилитацию успешно ее завершили, что ниже среднероссийского показателя на 13,0 % [9].

Такой же низкий процент наблюдается по включению пациентов в программы амбулаторной реабилитации. В 2019 году только 4,6 % пациентов были включены в программы амбулаторной реабилитации от общего числа пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением у врачей психиатров-наркологов области (в РФ — 5,5%). При этом только 28,6 % от числа пациентов, проходивших амбулаторную реабилитацию, успешно ее завершили, что в 2 раза ниже среднероссийского показателя [9].

По-видимому, открытие государственных реабилитационных центров с реабилитационными койками в каждом управленческом округе Свердловской области позволит приблизить реабилитационную помощь к населению, что обеспечит непрерывный и завершённый терапевтический процесс. Во-многом этому может способствовать многоступенчатая система формирования мотивации к вовлечению пациентов в программы амбулаторной и стационарной реабилитации, что приведет к увеличению числа пациентов, длительно находящихся в ремиссии [16].

Выводы

Таким образом, обсуждение медико-социальных аспектов современного состояния наркологической помощи в Свердловской области позволяет обозначить перспективные направления ее развития и совершенствования:

- организация выездных форм оказания первичной наркологической помощи в муниципальных образованиях области, в которых эта помощь отсутствует;

- обучение специалистов первичного звена учреждений здравоохранения (врачи общей практики, врачи-терапевты, неврологи и т.д.) вопросам раннего выявления лиц, склонных к злоупотреблению алкоголя и ПАВ, что позволит повысить обращаемость пациентов за наркологической помощью;

- укомплектование кадрами (психиатры-наркологи, психотерапевты, медицинские психологи, специалисты по социальной работе и социальные работники) учреждений и подразделений областной наркологической службы;

- увеличение количества реабилитационных коек, что позволит увеличить число пациентов, вовлеченных в стационарные программы медико-социальной реабилитации, сформировать у них положительную мотивацию на участие в таких программах;

- открытие новых реабилитационных центров в каждом управленческом округе Свердловской области, что приведет к постепенному «вытеснению» негосударственных центров в области;

- увеличение числа пациентов, вовлеченных в амбулаторные программы медико-социальной реабилитации, что приведет к улучшению качества ремиссий;

- совершенствование системы диспансерного и консультативного наблюдения пациентов, страдающих наркологической патологией, с учетом тех, кто обращается в негосударственные наркологические центры и/или к врачам частной практики, а также госпитализированных в соматические отделения ЦГБ, ЦРБ и проживающих на территориях области, где отсутствуют наркологическая помощь.

Литература

1. Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. № 2128-р. – М. 2009.
2. Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. № 2128-р.
3. О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения: Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 598. – М. 2012.
4. О стратегии антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года: Указ Президента РФ от 23 ноября 2020 г. № 733.
5. Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года: Указ Президента Российской Федерации от 12 мая 2009г. № 537. – М. 2009.
6. Показатели развития наркологической службы. <http://www.ecad.ru/pokazateli-razvitiya-narkologicheskoy-sluzhby.html> (дата обращения: 11.01.2021).
7. Концепция модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года : методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.04.2013 г. № 14-5/10/1-1567. – М. 2013.
8. Региональная программа «Модернизация здравоохранения Свердловской области на 2011-2012 годы»: Постановление Правительства Свердловской области от 02.11.2011г. №1525-пп. – Екатеринбург. 2010.
9. Деятельность наркологической службы Российской Федерации в 2018-2019 годах: аналитический обзор Министерства здравоохранения РФ, ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского». – М. 2020.
10. Состояние наркологической службы и основные тенденции учтенной заболеваемости в Российской Федерации в 2006г.: Статист. сб. Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ, Национального научного Центра наркологии. – М. 2006.
11. Демина, М. В. Нарушения нозогнозии («синдром отчуждения болезни») при алкоголизме и героиновой наркомании (клиника, систематика, подходы к коррекции): дис. ... док. мед. наук. – М., 2005. – 232 с.
12. Об утверждении комплексной программы Свердловской области «Общественное здоровье уральцев» на 2021-2024 годы»: Постановление Правительства Свердловской области от 24.12.2020г. № 999-ПП. – Екатеринбург, 2020. <http://www.pravo.gov66.ru>. (дата обращения: 11.01.2021г.).
13. Об утверждении Плана мероприятий («дорожная карта») по развитию наркологической службы Свердловской области»: Приказ МЗ СО от 07.06. 2019 № 1111-п.
14. Об улучшении кадрового обеспечения и переподготовке специалистов медицинских организаций Свердловской области, оказывающих медицинскую помощь по профилю «психиатрия-наркология»: Приказ МЗ СО от 01.10.2019 № 1955-п.
15. Об утверждении Перечня кураторов наркологической службы Свердловской области: Приказ МЗ СО от 23.01.2019 г. № 69-п. – Екатеринбург. 2019.
16. Приказ МЗ РФ от 30.12.2015 г. № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ».

Сведения об авторе

Бабушкина Екатерина Ивановна — канд. мед. наук, доц. кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

Адрес для переписки: ei_babysh@mail.ru.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАТФОРМЫ ZOOM ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕМЕНЦИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

УДК 616.892.3+37.04-053

**Е.И. Бабушкина, А.П. Сиденкова,
Е.А. Сурнина, Я.Р. Шакирова, Л.В. Пастухова**

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье представлен тренинг когнитивной стимуляции, разработанный авторами для профилактики деменции у лиц пожилого возраста. Обоснована эффективность групповой работы по выполнению тренинговых заданий лицами с проявлениями деменции в режиме on-line на платформе zoom.

Ключевые слова: платформа zoom, профилактика деменции, лица пожилого возраста.

ZOOM PLATFORM AS SPECIFIC MEANS FOR PREVENTION OF DEMENTIA IN OLD AGE PATIENTS

**E. I. Babushkina, A.P. Sidenkova,
E. A. Surnina, J. R. Shakirova, L. V. Pastukhova**

Ural state medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

The article presents a training of cognitive stimulation, developed by the authors to prevent dementia in the elderly. The effectiveness of group work on training tasks for persons with dementia on-line on the zoom platform is justified.

Keywords: platform zoom, dementia prevention, elderly people.

Введение

На протяжении последних десятилетий во всем мире наблюдается тенденция старения населения. По разным оценкам количество пожилых людей в развитых странах вырастет примерно на одну треть к 2030 году.

Значительное увеличение числа лиц пожилого и старческого возраста ставит перед обществом и наукой множество вопросов, связанных с психологическими особенностями людей на позднем этапе жизни. Особенно интенсивно развиваются исследования в контексте нейронаук, так как особенности психики в позднем возрасте обусловлены, прежде всего, структурными изменениями и перестройками в церебральном функционировании [1].

В докладе ВОЗ «Деменция: приоритет общественного здоровья» было отмечено, что в 2013 году в мире было зарегистрировано 35,6 млн человек, страдающих деменцией, к 2030 году их число увеличится до 65,7 млн человек, а к 2050 году — до 132 млн человек [2].

В Российской Федерации также наблюдается увеличение пациентов, страдающих деменцией: в 2018 году их насчитывалось около двух миллионов человек [3]. По данным Управления Росстата, в Свердловской области в 2018 году проживало более 1,2 миллиона граждан старшего поколения, что составило 28,6 % от населения региона (в Российской Федерации — 28,3 %). С 2015 г. по 2018 г. заболеваемость деменцией в Свердловской области выросла на 19,0 % и составила 17,2 чел. на 100 тыс. населения [4]. Деменция у лиц пожилого и старческого возраста в настоящее время становится актуальной медицинской и социальной проблемой [5].

Когнитивные расстройства — снижение памяти и внимания — относятся к наиболее распространенным в пожилом и старческом возрасте и достигают от 13,0 % в возрасте 60-69

лет до 43,0 % старше 85 лет [6]. В то же время нарушения когнитивного функционирования и деменция имеют серьезные экономические последствия как для самого пожилого человека и его родственников, а также и для государства. В 2010 году общемировые затраты, связанные с деменцией, составили 604 миллиарда долларов, в 2015 году — 818 миллиардов долларов, а в 2030 году планируется, что затраты достигнут 2 триллионов долларов [2].

С клинической точки зрения деменция является тяжелым заболеванием, по мере старения постепенно происходит гибель нейронов, демиелинизация проводящих путей, сглаживание борозд и извилин, расширение субарахноидальных пространств и мозговых желудочков при заполнении их спинномозговой жидкостью. Остановить деменцию невозможно, ослабляющие процессы неизбежно приводят к полной деградации мозговой деятельности (когнитивные нарушения выявляются у 25,0 % людей пожилого возраста, в том числе у 16-19,0 % — легкие и умеренные когнитивные нарушения, а у 6-8,0 % диагностируется деменция). В настоящее время нет эффективных методов лечения, способных полностью излечить данное заболевание. Однако неоднократно доказано, что постоянная высокая умственная активность снижает риск развития деменции. При соответствующей профессиональной психолого-психиатрической поддержке люди со старческим слабоумием могут не только качественно прожить в течение 10-15 лет, но и заниматься каким-либо делом, принимать посильное участие в жизни семьи и общества [7].

Регулярные когнитивные нагрузки способны замедлить прогрессирование проявлений деменции. Тренировка памяти и других когнитивных функций, упражнения по активации мыслительных процессов обладают нейропротективным потенциалом и замедляют нарастание симпто-

мов деменции, способствуют увеличению продолжительности активной жизни людей пожилого возраста и сохранению их социальной адаптации [8, 9].

Необходимо отметить, что о создании условий для активного долголетия, развития различных форм клубной работы, в том числе реабилитационной программы «Школа пожилого возраста» [4], говорится в задачах Комплексной программы Свердловской области «Старшее поколение» до 2025 г.

Цель исследования

Разработка онлайн-тренинга когнитивной стимуляции на платформе zoom для когорты пожилых людей, имеющих не только возрастные когнитивные нарушения, но и выраженные проявления деменции.

Участники и методы исследования

Участниками исследования стали 17 человек пожилого возраста (из них 5 мужчин и 12 женщин), имеющих неполное среднее, среднее или среднее специальное образование (средний возраст составил 71,7 года). Участники набирались из числа посещающих МАУК «КДЦ «Дружба» (муниципальное автономное учреждение культуры «Культурно-досуговый центр «Дружба»). Все участники дали добровольное согласие на участие в данном исследовании.

Учитывая, что скрининговые тесты, подобные MMSE, для исследования проявлений деменции являются слишком грубыми на этапе ранней диагностики и дают высокий процент ошибки при работе с пациентами, не имеющими высшего образования или депрессивными личностями [10], была предложена тестовая батарея. Для оценки степени снижения когнитивных функций было проведено нейро- и патопсихологическое с применением следующих диагностических шкал: «Тест рисования часов» (T.Sunderland [et al], 1989); «MMSE — Краткая шкала оценки психического статуса» (M. Folstein [et al], 1975); тест на запоминание 5-ти слов, адаптированный из MoCA — Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (Z. Nasreddine [et al], 2005); тест на семантическую речевую активность.

Ход исследования и результаты

Для достижения цели исследования в основу создания программы профилактики и реабилитации проявлений деменции у лиц пожилого возраста был положен метод когнитивной стимуляции, являющийся немедикаментозным методом воздействия на качество психических процессов индивида [3].

Основными задачами тренинга когнитивной стимуляции для лиц старших возрастных групп являются: а) тренировка навыков логического мышления; б) поддержание функций памяти, внимания, мышления; в) повышение эмоционального фона настроения; г) развитие коммуникативных навыков общения с людьми разных возрастных групп и разного социального статуса.

Значительное время в тренинге отведено «прозрачным» для старых людей упражнениям и задачам, которые позволяют отличить низкую оценку, вызванную недостатком знаний, так называемой «культурной депривацией» от низкой оценки, вызванной низкими умственными способностями.

На основании результатов диагностического скрининга участники исследования были разделены на три группы в соответствии с уровнем когнитивного снижения (по каждой группе был подсчитан средний балл по результатам выполнения всех 4-х тестов), индивидуально-психологическими особенностями и личными привязанностями.

Проведение занятий в группе также обусловлено легкостью возникновения тревожно-депрессивных состояний у пожилых людей, особенно в случае неудачного выполнения заданий, что требует групповой поддержки [8, 10].

Первоначально планировалось очное проведение занятий отдельно с каждой группой под руководством тьютора. Однако в связи с пандемией COVID-19 и объявлением режима самоизоляции в Свердловской области с 16.03.2020 для лиц пожилого возраста (65+) было принято решение о продолжении исследования дистанционно и индивидуально.

В первую группу было включено 6 женщин со средним баллом 29, которые занимались по программе № 1 — просмотр всех трех видеофильмов. Во вторую группу включено 6 женщин с общим средним баллом 30,7, которые занимались по программе № 2 — просмотр двух видеофильмов, и в третью группу — 5 мужчин со средним баллом 31, которые занимались по программе № 3 — просмотр одного видеофильма.

Для проведения тренинга когнитивной стимуляции с участниками исследования на платформе zoom были разработаны видеофильмы в формате 3-х уроков, каждый продолжительностью по 10-15 мин.

Видеофильм № 1 «Развитие слуховой и зрительной памяти и внимания» включал задания для тренинга внимания: корректурные пробы, таблицы Шульце, проба Мюнстерберга и др. Задания для тренинга памяти были ориентированы на текущее запоминание (заучивание в слуховой и зрительной модальностях, непосредственное и отсроченное воспроизведение в условиях гетеро- и гомогенной интерферирующей деятельности, непроизвольное запоминание и узнавание) и память на прошлое (датировка общественно значимых событий, воспоминание выученных ранее стихов, пословиц и др.).

Видеофильм № 2 «Развитие образного и логического мышления» составлен из заданий на решение арифметических задач, понимание скрытого смысла в рассказах типа басен или анекдотов, в сюжетных картинках, понимание смысла пословиц при выборе из предлагаемых альтернативных трактовок этих пословиц, нахождение нелепостей и др.).

Видеофильм № 3 «Когнитивная реабилитация» направлен на выполнение заданий для тре-

нинга восприятия (зрительное восприятие, тактильное восприятие и соматогнозис, слуховой гнозис), тренинга праксиса (кинестетического праксиса, кинетического праксиса, пространственного праксиса, регуляторного праксиса), тренинга оптико-пространственного анализа и синтеза (зрительно-пространственное восприятие объектов, актуализация пространственных представлений, конструктивная деятельность); задания для тренинга речи.

После просмотра видеофильмов в течение 4 месяцев (июнь-сентябрь) участникам проекта было проведено повторное исследование когнитивных функций. Полученные результаты выявили незначительную положительную динамику когнитивного функционирования испытуемых старшего возраста: в первой группе средний балл, полученный участниками, равен 30-ти, что на 3,0 % выше, чем до тренинга; во второй группе балл равен 31,75, т.е. оказался выше на 3,1 %; средний балл участников третьей группы стал 31,5, что на 1,5 % выше полученного до начала тренинга когнитивной стимуляции. Таким образом, был выявлен положительный эффект систематического включения когнитивных заданий различного уровня в занятия с лицами пожилого возраста в группах и принято решение о продолжении научно-экспериментального исследования и увеличении числа участников за счет тех, которые ранее посещали МАУК «КДЦ «Дружба».

В дальнейшем планируется проведение тренинга когнитивной стимуляции (занятий в виде просмотра фильма) 2 раза в неделю по 30-40 минут в течение трех месяцев. При более частом и продолжительном проведении занятий у пациентов пожилого возраста прогнозируемо снижение работоспособности. Кроме того, тренинговые занятия предполагается совмещать с

работой по когнитивной реабилитации с целью создания психотерапевтического сообщества для улучшения взаимоотношений между участниками исследования, укрепления и активации сохранных сторон психической деятельности.

Таким образом, тренинг когнитивной стимуляции является важной составляющей лечебно-реабилитационного процесса лиц пожилого и старческого возраста со снижением когнитивных функций и признаками деменции. Участие в тренинговой работе дает шанс людям позднего зрелого возраста отсрочить появление и развитие негативных последствий когнитивных нарушений (дезориентировка во времени и месте, трудности в общении и уходе за собой, зависимость от посторонней помощи, отклонения в поведении и агрессивность), а также способствует максимально длительному удержанию их в социуме с сохранением психических функций. Участие пожилых людей в когнитивных тренингах дает им возможность как можно дольше сохранять свой когнитивный резерв и полноценную активную жизнь.

Выводы

Тренинг когнитивной стимуляции, разработанный для лиц пожилого и старческого возраста, страдающих нарушениями когнитивных функций, в том числе, признаками деменции, проведенный в групповом варианте в режиме онлайн, показал свою эффективность особенно для двух групп участников с менее выраженной патологией умственной деятельности.

Полученные результаты исследования показали, что, с одной стороны, при дальнейшей разработке тренинговых заданий требуется их большая детализация, в тоже время, с другой, само участие в тренинге лиц позднего зрелого возраста является важной диагностической процедурой степени их когнитивной сохранности.

Литература

1. Васенина, Е. Е. Современные тенденции в эпидемиологии и ведении пациентов с когнитивными нарушениями / Васенина Е. Е., Левин О. С. Сонин А. Г. // Журнал неврология и психиатрия им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т. 117. – № 6 (2). – С.87-92.
2. Доклад ВОЗ. Деменция: приоритет общественного здравоохранения. 2013; http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75263/14/9789244564455_rus.pdf (дата обращения: 03.03.2020).
3. Комплексная междисциплинарная и межведомственная программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста до 2025 г.: МЗ РФ, Российская ассоциация геронтологов и гериатров Российского общества психиатров. – Москва, 2018.
4. Комплексная программа «Старшее поколение» до 2025 года: Постановление Правительства Свердловской области от 26.12. 2018г. № 952 – ПП. – Екатеринбург, 2018.
5. Ильницкий, А. Н. Раннее выявление и профилактика деменции у граждан пожилого возраста в практике учреждений социальной защиты / Ильницкий А. Н., Процаев К. И., Оленская Т. Л. [и др.] / Методические рекомендации. – Белгород. 2017. – 40 с.
6. Быкова, Т. В. Профилактика когнитивных расстройств у лиц пожилого возраста в ГБУСО МО СЦРИ «Меридиан» // Социальное обслуживание населения СОННЕТ. – 2018. – №7. – С. 5-11.
7. Клиника памяти — инновационная модель реабилитации когнитивных функций у людей пожилого возраста с мягким когнитивным снижением в условиях отделения дневного пребывания / Курмышев М. В., Савилов В. Б., Масыкин А. В. [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – № 2. – С.50-54.
8. Когнитивный тренинг для пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения : Методические рекомендации ФБГУ «НЦПЗ» РАН / И. Ф. Рощина, С. И. Гаврилова. – М. : Научный центр психического здоровья, 2013. – 33 с.
9. Рыжова, И. А. Когнитивный тренинг как психокоррекционный метод в психиатрии // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9. – № 5 (46). – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 22.02.2020).
10. Использование речевой регуляции поведения в диагностике деменции / Линг К., Торпдал П. [и др.]. // I Международная конференция памяти А.Р. Лурия : Сб. докладов. – М. : Факультет психологии МГУ, 1998. – С. 254-263.

Сведения об авторах

Бабушкина Екатерина Ивановна — канд. мед. наук, доц. кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: ei_babysh@mail.ru.
 Сиденкова Алёна Петровна — д-р мед. наук, доц., зав. кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: sidenkovs@mail.ru.
 Сурнина Екатерина Александровна — студентка педиатрического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.
 Шакирова Яна Романовна — студентка педиатрического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.
 Пастухова Лада Викторовна — студентка педиатрического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

.....

РЕФЛЕКСИЯ ПСИХОПАТОЛОГИИ ОБЫДЕННОЙ ЖИЗНИ КАК ОБРЕТЕНИЕ СМЫСЛА БЫТИЯ

УДК 159.97

Л.Т. Баранская, В.В. Макарова, С.П. Гаменюк*Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

На материале фильма С. Мендеса «Красота по-американски» анализируются психологические механизмы рефлексии, тесно связанные со специфическими формами поведения, идентификации, коммуникации и развития личности. В качестве субъекта рефлексивного процесса, изменяющего самого себя и устанавливающего связь с «самим собой как другим», выступает 42-летний Лестер Бернем, среднестатистический американец, переживающий кульминацию кризиса среднего возраста. Рассматривается рефлексивный план сознания как основание деятельности личности, направленной на преодоление психопатологии повседневного бытия современного человека с ее измененной эмоциональностью и социальной отчужденностью.

Ключевые слова: рефлексия, психологические механизмы рефлексии, рефлексивное преодоление, психопатология обыденной жизни.

REFLEXION OF THE PSYCHOPATHOLOGY IN EVERY DAY LIFE AS GAINING OF LIFE MEANING

L.T. Baranskaya, V.V. Makarova, S.P. Hameniuk*Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation*

On example of "American Beauty" by S. Mendes analyzes the psychological mechanisms of reflection, closely related to specific forms of behavior, identification, communication and personal development. As the subject of a reflexive process that changes oneself and establishes a connection with "oneself as others" is 42-year-old Lester Burnham, an average American, experiencing the climax of the midlife crisis. The , reflexive plan of consciousness considered as the basis of the activity of the individual, aimed at overcoming the schizophrenic-like picture of the everyday existence of the modern man with its altered emotionality and social alienation.

Keywords: reflection, psychological mechanisms of reflection, reflexive overcoming, psychopathology of everyday life.

Введение

Постоянное совершенствование технологий социокультурной манипуляции развития человеческого индивидуума, стремительное увеличение числа гуманитарных инноваций и технических средств удовлетворения и формирования потребностей, культурно-исторический процесс в целом закономерно порождают, кроме известных достижений, новые формы патологии, не существовавшие ранее. Как утверждал Карл Ясперс, «история психических заболеваний — это особая разновидность истории общества и культуры» [1]. Иными словами, одновременно с развитием рубежей человеческой личности, недостижимых на предыдущих этапах развития общества, на том же самом поле создаются зоны специфической «культурной патологии» [2]. Уже в прошлом веке Э. Фромм отмечал важнейший для понимания проблем современного социума факт: прогресс не выполнил ни одного из своих великих обещаний. В результате прогресса люди не стали ни свободнее, ни счастливее [3].

Обыденная жизнь современного человека становится все более роботизированной, исключая эмоциональные аспекты коммуни-

кации, а межличностное общение заменяется чисто механической связью двух «изолированных» индивидов. Возможно, с точки зрения экономики времени, нервных и психических затрат это очень выгодно. Человек просыпается, встает, завтракает, собирается на работу, приезжает на работу, работает, приезжает домой, ужинает, ложиться спать. И так по кругу. В результате сама «жизнь» перестает быть «жизнью» как таковой и все больше похожа на «существование».

Неудовлетворенность личности бытием проявляется в разного рода конфликтах с окружающими, ошибочных действиях, неверных решениях и пр.

Путь примирения с действительностью блестяще описал З. Фрейд в своем произведении «Психопатология обыденной жизни» (1901 г.), которое до сих пор не утратило своей актуальности. Опираясь на топологическую модель психики «сознательное — предсознательное — бессознательное», З. Фрейд рассматривает три варианта конфликта между сознанием и бессознательным, которые разрешаются в повседневной жизни совокупностью адекватных и неадекватных психологических защит, соответствующих психо-

логической структуре конкретной личности [4]. Однако даже самые эффективные психологические защиты не позволяют личности выйти за пределы устоявшейся рутинной жизни, обрести новые формы, способы и средства идентификации, коммуникации и эмоциональной регуляции.

Единственным вариантом разрыва личностью порочного круга повседневного бытия является рефлексивное осознание действительности, которое, вместе с тем, побуждает человека к активной деятельности, правда с неопределенным финалом.

Цель исследования

Рассмотреть рефлексию психопатологии обыденной жизни как основание активной перестройки смысловых планов и поступков личности.

Дискуссия

Главным героем фильма С. Мендеса «Красота по-американски» (1999 г.), удостоенного пяти высших оscarовских наград, является 42-летний Лестер Бернем, среднестатистический американец, переживающий кризис среднего возраста. С позиций социума Лестер Бернем является благополучным гражданином, с присущими этому статусу атрибутами: хорошая работа, собственный дом, нормальная семья. В этом плане Лестер Бернем не имеет определенной национальности и может быть представителем любого современного общества.

В отличие от многочисленных работ, посвященных в том числе психологическому анализу поведения главных героев фильма, в данной статье исследуется проблема психического развития личности с позиции рефлексии, которая «связывает способ существования человека и его отношения к миру, как бы прерывает непрерывный процесс жизни и выводит человека мысленно за ее пределы» [5].

Основная психологическая проблема и личная драма Лестера Бернема выражена в его монологе, с которого начинается фильм. В своем повествовании он говорит о неудовлетворенности собственной жизнью. Отношения с женой Кэролин не приносят ему радости, у угрюмой и закомплексованной дочери-подростка Джейн он не находит понимания. Мироощущение Лестера характеризуют его реплики: я уже мертв; я потерял что-то, я не всегда относился ко всему так спокойно. Повседневная жизнь, согласно его мироощущению, убила в нем вкус к жизни, теперь в ней нет места радости и удовольствию — он не чувствует себя в этой жизни. Отчужденность и обесценивание сопровождают Лестера на работе: в одной из сцен камера акцентирует внимание зрителя на экране компьютера Лестера, где из цифр складывается тюремная решетка как символ заточения в рабочих обязательствах.

Эмоциональная выхолощенность, неспособность понять другого, патологическое одиночество проявляются во взаимоотношениях Лестера с его близкими — женой и дочерью. Он всегда

привычно сдерживает эмоции, не имеет привычки выражать собственное мнение, опасаясь осуждения со стороны окружающих. Кэролин, напротив, властна, занимает доминирующую позицию, часто осуждает поступки мужа, разговаривая с ним на повышенных тонах. Необходимо отметить, что Лестер и Кэролин не доставляют друг другу сексуального удовлетворения, их сексуальная жизнь уныла и однообразна, но они об этом не говорят. Лестер боится напрямую признаться Кэролин в своих сексуальных желаниях, мастурбируя по утрам в душе; он боится осуждения и презрения с ее стороны, т.к. чувствует явную отчужденность, ненужность.

Также лишены эмоций отношения Лестера с Джейн. Показательной является сцена за ужином, когда Лестер пытается привлечь внимание дочери, рассказывая о своем неудачном рабочем дне и разговоре с новым неприятным ему боссом. Джейн же уходит от разговора, замечая, что отец не может стать для нее лучшим другом только потому, что у него был плохой день, и покидает ужин, замечая, что отец месяцами не уделял ей внимания.

Таким образом в сознании Лестера Бернема зарождается трудный и противоречивый процесс рефлексивного осмысления собственной жизни и, одновременно с этим, поиск выхода из создавшейся ситуации, который зачастую является небезопасным как физически, так и морально. Необходимо заметить, что рефлексия — не всякий сознательный процесс, а только тот, который направлен на деятельность, выводящую за пределы уже существующей [5]. Другой особенностью рефлексии является порождение интенции, то есть внутренней потребности «выхода за рамки» с неизбежным разрывом прежних коммуникативных связей и интуитивным опасением «непонимания» со стороны окружающих.

При такой интерпретации психологических механизмов рефлексии рефлексивный выход — это не просто отрицание или негативное прерывание предыдущих видов жизнедеятельности и обращения к другим, но построение целостного смысла бытия. Иными словами, место психологических защит занимает конструирование субъективной целостности личности, которая чувствует себя свободной, способной на творчество, полноценные интимно-межличностные отношения, эмоционально насыщенную жизнь.

Важным моментом в установлении Лестером Бернемом «связи с самим собой» становится его встреча со школьной подругой дочери — Анджелой. Образ юной девушки не только пробуждает эротические фантазии, но и побуждает к радикальному изменению собственного «существования». В день встречи с Анджелой Лестер замечает, что будто бы 20 лет находился в коме и только теперь проснулся. Проблему обыденности существования он решает через внесение нового: теперь он может заниматься спортом, чтобы поддерживать спортивную форму, он может без страха и зазрения совести выразить свое собственное мнение, которое не всегда находит одобрение в глазах жены. Лестер становится раскрепощенным, он становится свободным.

Красной нитью в фильме проходит философско-психологическая идея сопряженности изменений самого себя с развитием отношений с другими людьми, причем каждый человек выполняет определенную миссию.

Для Лестера Бернема — это не только школьная подруга дочери, но и встреча с соседским парнем Рикки Фитсом. Лестер вдохновлен добровольным и непринужденным решением Рикки уволиться с нелюбимой работы, он отчетливо осознает, что не стоит тратить свою жизнь на дело, не приносящее счастья и удовольствия. Поступок Рикки Лестер спроецировал на свою жизнь, и вскоре также уверенно решает для себя оставить работу. «Я мечтаю о жизни, которая бы не так напоминала мне ад», — пишет герой в своем заявлении. Лестер называет Фитса своим кумиром. Общение с Рикки дает Бернему дополнительный толчок к обретению свободы, вдохновляет покинуть нелюбимую работу.

В то же время изменения происходят и в жизни жены Лестера — Кэролин. Она близко знакомится с успешным риелтором — Бадди Кейном, по прозвищу King. Между Кингом и Кэролин завязывается страстный роман, который дает героине ощущение счастья, она чувствует себя королевой. Возможно, что через эти отношения Кэролин представляла себя перспективным предпринимателем с успешным имиджем.

Тема обретения успешности и создания блестящей карьеры стала для Кэролин настолько значимой, что вытеснила все счастливые воспоминания из прошлого. Вернувшись домой после встречи с Бадди Кейном, Кэролин видит, как ее муж пребывает в состоянии спокойствия и расслабленности, сидя на диване с бутылкой пива. Лестер желает помочь жене снова почувствовать вкус жизни, напоминая ей о ее студенческих годах, о счастливых моментах их молодости, проявляя особую нежность. Кэролин, может, и пытается окупиться в эти воспоминания, но, замечая, что муж чуть не пролил пиво на новую шелковую мебель, вновь переходит в образ властной жены, стремящейся к идеальному порядку. Это отталкивает Лестера. Он замечает, что Кэролин несчастна, а вещи в доме стали ей важнее, чем сама жизнь.

И Лестер, и Кэролин пытаются уйти от однообразия, скуки и тоски обыденной жизни. Однако если Лестеру удалось приподняться над психопатологией повседневности, обретя внутреннюю свободу и независимость от мнений и оценок окружающих, то Кэролин, напротив, оказалась все более погруженной в пустоту привычного уклада и отношений. Ее увлечение разведением алых роз сорта «Американская красавица», которые везде присутствуют в доме Бернемов, лишь подчеркивает истинное и ложное в понятии красоты.

В образе молодого соседа Рикки Фитса представлена еще одна модель осмысления обыденности и поиска выхода за ее пределы. Рикки уважает своих родителей, уважает порядок и повиновение, однако он отчетливо понимает проблему обыденности и уходит от нее. Спасением

от обыденности для него является любительская съемка различных моментов из жизни. В этом Рикки видит красоту. Так, в сцене просмотра Рикки и Джейн, дочери Лестера и Кэролин, видеоролика с «танцующим пакетом» Рикки отмечает, что существует другая жизнь, независимая от нас. Не стоит бояться. Эта реплика может указывать на то, что Рикки не страшно выйти за рамки своей повседневной обыденности и на такой поступок он готов вдохновлять других людей, также застрявших в обстоятельствах житейской прозаичности.

Хобби Рикки — видеосъемка. Это не только увлечение, но и возможность увидеть обыденную жизнь семьи Бернемов в другом ракурсе. Камера Рикки запечатлевает изменения Лестера, обретение им свободы, когда, например, в одной из сцен Бернем решает заняться спортом обнаженным. Особый интерес у Рикки вызвала Джейн, которую он тайно снимал из окон своего дома. Возможно, Рикки удалось проникнуться ее проблемами, понять ее; Дженни кажется ему интересной, а в одном из моментов фильма он признается, что им обоим повезло найти друг друга.

Важную роль в понимании внутренних изменений, произошедших с Лестером Бернемом и совершаемых им поступков, играет сцена его разговора с Фрэнком Фиттсом, отцом Рикки, военным в отставке, являющимся, по сути, семейным тираном. В разговоре происходит столкновение двух позиций. С одной стороны, Лестер Бернем, который обрел свободу суждений о жизни и поступков, с другой — Фрэнк Фиттс, жаждущий четкого порядка, контроля и следования определенным правилам. Им, безусловно, сложно понять друг друга. Так, Фиттс удивляется спокойному рассуждению Лестера об изменах жены, о крахе их брака, что отчасти подтверждает подозрения Фрэнка в гомосексуальном влечении своего сына к Бернему и вызывает в нем негодование, ведь он является гомофобом. Фрэнку Фиттсу сложно представить, что жизнь многогранна и бывают ситуации, когда человек волен делать то, что хочет. Осознание этого очевидного факта приходит к нему лишь после «разоблачения» гомосексуальности своего сына, что неизбежно приводит к катастрофе: Фиттс убивает Лестера.

Противопоставление внешней красоты (прекрасные алые розы) и внутренней красоты (наполненность личности смыслом бытия) отчетливо проявляется в разговоре Лестера и Анджелы на кухне за ужином. После вопроса девушки: «Как Вы?» Лестер начинает ощущать значимость себя в этой жизни. Именно поэтому в последние минуты жизни он вспоминает свои самые счастливые моменты: наблюдение за падающими звездами в бойскаутском лагере, опавшие кленовые листья, бабушкины нежные руки, покупку новой машины своего кузена, время, проведенное с дочерью и женой.

Для умирающего с благой улыбкой на лице Лестера Бернема секунда воспоминаний превратилась в океан времени. Оказалось, что самые счастливые воспоминания лежали глубоко

ко в душе Лестера, они были глубоко упрятаны под покровом воспоминаний и мыслей, связанных с прежними переживаниями: непонимания и измена жены, разлады с дочерью. В этот момент Лестер понимает, что трудно хранить злобу в сердце, когда так много красоты.

Заключение

На основе предложенного в статье понимания рефлексивного процесса и результатов рефлексивного освоения форм повседневного бытия представлен психологический путь лич-

ности Лестера Бернема, преодолевающего столь привычную и не замечаемую большинством психопатологию обыденной жизни. В результате произошедших ментальных изменений он стал способен совершать поступки, соизмеримые с представлением о себе. Однако сложность и неоднозначность выборов, сделанных Лестером в «новой» жизни, в сочетании с «недостаточной рефлексией» неизбежно привели его к трагическому финалу — физической гибели, но духовному возрождению.

Литература

1. Ясперс, К. Общая психопатология. – М.: Практика, 1997. – 966 с.
2. Тхостов, А. Ш. Новые направления клинической психологии / Тхостов А. Ш., Сурнов К. Г.; Под ред. С. И. Блохиной, Г. А. Глотовой // Актуальные проблемы клинической психологии в современном здравоохранении. – Екатеринбург: «СВ-96», 2004. – С. 10-17.
3. Фромм, Э. Иметь или быть? – М.: Прогресс, 1990. – 330 с.
4. Фрейд, З. Психопатология обыденной жизни. – СПб.: Издат. дом «Азбука-классика», 2008. – 224 с.
5. Рубинштейн, С. Л. Проблемы общей психологии. – М.: Педагогика, 1976. – 416 с.

Сведения об авторах

Баранская Людмила Тимофеевна — д-р психол. наук, проф. кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: lubaran@rambler.ru.

Макарова Вероника Владимировна — студентка 5-го курса педиатрического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

Гаменюк Станислав Павлович — студент 5-го курса педиатрического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

ОБРАЗ ТЕЛА И РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

УДК 159.9.072.433

Л.Т. Баранская, А.А. Муратова, Е.К. Таскина

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье рассматриваются психологические особенности восприятия подростками собственной внешности и их отношение к своему телу. Представлена неоднозначность взаимосвязи образа тела и расстройств пищевого поведения. Описаны результаты исследования особенностей пищевого поведения у подростков, не удовлетворенных собственной внешностью.

Ключевые слова: подростковый возраст, образ тела, восприятие собственной внешности, пищевое поведение.

BODY IMAGE AND EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS

L.T. Baranskaya, A.A. Muratova, E.K. Taskina

Urals state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The article examines the psychological characteristics of teenagers' perception of their own appearance and their attitude to their body. The ambiguity between body image and eating disorders is presented. The results of the study of eating behavior in adolescents who are not satisfied with their own appearance are described.

Keywords: adolescence, body image, perception of one's own appearance, eating behavior.

Введение

В настоящее время, согласно исследованиям ВОЗ, доля подростков с проблемами психического здоровья составляет примерно 20,0 % от тех, кто нуждается в медицинской помощи [1, 2]. Наиболее распространены такие расстройства, как эмоциональные (депрессия, тревожность, повышенная раздражительность, неудовлетворенность, гнев и т.д.), поведенческие (синдром дефицита внимания и гиперактивности, расстройства поведения с симптомами деструктивного или вызывающего поведения и др.), психопатические, а также рискованные формы поведения, включая расстройства пищевого поведения [3].

Большинство современных исследований показывают, что негативный образ тела, как правило, наблюдается при расстройствах пищевого поведения в подростковом возрасте [4, 5, 6]. Старший школьный возраст — период, когда большинство подростков обоего пола начинают больше думать о своей привлекательности, размерах и форме тела, постоянно сравнивая их с параметрами сверстников. Хроническая неудовлетворенность образом тела и мнимые недостатки в собственной внешности или их преувеличение обуславливают роль этих особенностей как ключевых аспектов большинства расстройств пищевого поведения, начиная с подросткового возраста [7, 8].

В исследованиях, проведенных в центрах лечения расстройств пищевого поведения, приводятся убедительные доказательства того, что данные расстройства значительно увеличивают постановку «двойного» диагноза у подростков [3, 6].

Особый отпечаток на восприятие подростками собственного тела накладывает проблема ожирения и борьба с собственным весом, которая принимает характер пандемии [5]. По данным ВОЗ, более миллиарда человек на планете имеют лишний вес. В Европейском союзе 30 млн детей и подростков имеют избыточную массу тела («Health in the European Union. Trends and analysis» ВОЗ, 2009). Согласно прогнозам ВОЗ, к 2025 году ожирением будут страдать около 70 млн детей до 5-ти лет. В Российской Федерации распространность избыточной массы тела у детей и подростков всех возрастных групп в разных регионах колеблется от 5,5 до 11,8 % [4]. Наиболее распространенными причинами возникновения лишнего веса являются систематические погрешности в питании, низкое качество потребляемой пищи, гипо- или адинамия, неблагоприятная экологическая обстановка и наследственная предрасположенность.

Принимая во внимание психологические особенности подросткового возраста (формирование самооценки, интерес к сексуальным отношениям и пр.), необходимо учитывать специфику отношения подростков к своему телу и своей внешности. Нарушение образа тела и восприятия собственной внешности может лежать в основе расстройств пищевого поведения, крайним вариантом которого может быть дисморфофобия/дисморфомания или специальные изнуряющие диеты. Именно поэтому так важно рассматривать расстройства пищевого поведения у подростков в ракурсах образа тела как аффективно-когнитивного отношения к собственным физическим характеристикам и отражение этого отношения в понятиях, эмоциях и поведении школьников [9].

Цель исследования

Выявить особенности восприятия подростками образа тела и его взаимосвязь с имеющимися у школьников расстройствами пищевого поведения.

Материалы и методы

Исследование образа тела и расстройств пищевого поведения проводилось среди учащихся 8-ых и 11-ых классов одной из ведущих гимназий города Екатеринбурга. Общее количество участников — 50 человек. из них 24 учащихся 11 класса (13 мальчиков, 11 девочек) и 26 учащихся 8 класса (19 девочек и 7 мальчиков). Средний возраст участников: среди всей выборки — $15,84 \pm 0,21$, в 11 классе — $17,36 \pm 0,07$, в 8 классе — $14,43 \pm 0,06$. Сбор и обработка результатов были одобрены администрацией гимназии, помимо этого, было получено согласие родителей и самих подростков.

Исследование образа тела проводилось с использованием опросников BIQLY (влияние образа тела на качество жизни) и SIBID (ситуативная неудовлетворенность образом тела), разработанных Т.Ф. Cash [10, 11]. Для исследования пищевого поведения применялась оригинальная, предварительно переведенная на русский язык, версия опросника EAT-26 [12], которая оценивает дисфункциональное поведение, связанное с приемом пищи, и позволяет оценить риски развития расстройств пищевого поведения. В качестве инструмента оценки физиологического состояния тела нами был рассчитан индекс массы тела (ИМТ), объективно характеризующий массу-показатель, так как при его расчете учитывается рост подростка, а оценка показателя происходит с учетом его возраста и пола. Для оценки рассчитанных величин ИМТ применялись процентильные таблицы, при этом недостаточная масса тела считалась при попадании полученных значений в рамки 5-го процентиля и ниже, а избыточная — от 85 до 94-ого. Стоит отметить, что ожирение (95 перцентиль и выше) не было выявлено ни у одного из участников исследования. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью стандартных пакетов анализа данных в программе Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение

Первоначально результаты исследований по всем применяемым опросникам — EAT-26, BIQLI, SIBID и ИМТ — позволили выделить в обследуемой выборке две условные группы, обозначенные как группа «нормы» и группа «не нормы». В условную группу «не нормы» были отнесены испытуемые, получившие хотя бы один результат, выходящий за пределы стандартов оценки в опросниках образа тела или ИМТ (то есть имеющие избыточную либо недостаточную массу тела).

В группу «не нормы» вошли 54,0 % учеников 8-го класса (рис. 1) и 46,0 % — 11-го класса (рис. 2). Различие между данным показателем у учащихся восьмого и одиннадцатого класса обусловлено динамикой развития образа тела как структуры образа «я» и формированием адекватной самооценки внешности.

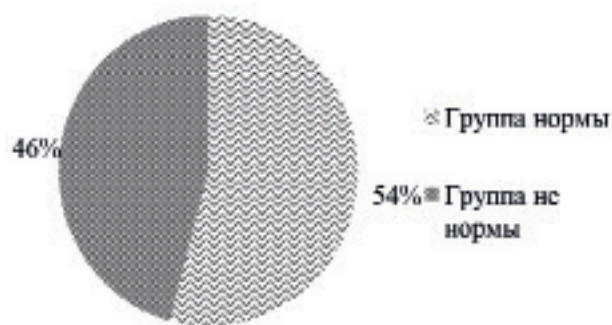


Рис.1. Диаграмма процентного соотношения группы «нормы» и «не нормы» в 11-ом классе (n = 24)

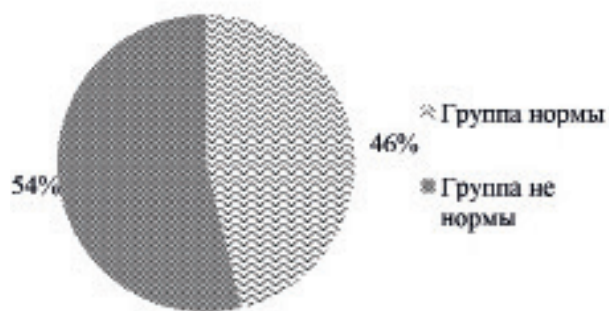


Рис.2. Диаграмма процентного соотношения группы «нормы» и «не нормы» в 8-ом классе (n = 26)

При изолированном рассмотрении процентного соотношения тех же групп по признаку пола, существенных различий между мальчиками и девочками как в 11-ом (рис. 3), так и в 8-ом классах выявлено не было (рис. 4).



Рис. 3. Диаграммы процентного соотношения группы «нормы» и «не нормы» в зависимости от пола учеников 11-ого класса (n = 24) (а — мальчики, б — девочки)

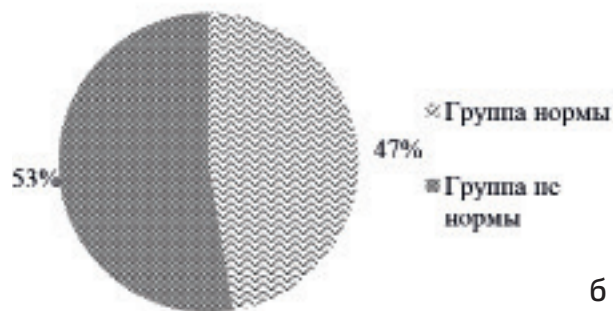
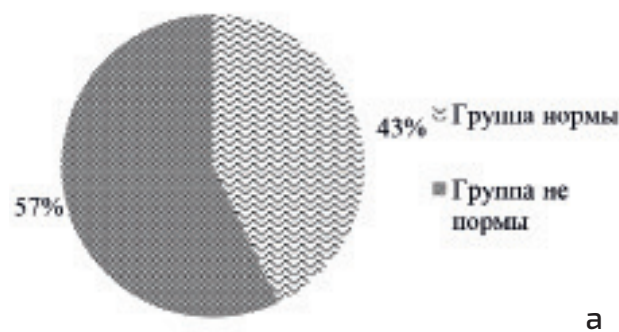


Рис. 4. Диаграммы процентного соотношения группы «нормы» и «не нормы» в зависимости от пола учеников 8-ого класса (n = 26) (а — мальчики, б — девочки)

Для объективной оценки физиологического состояния организма подростков был рассчитан индекс массы тела (ИМТ) как объективный и наглядный когнитивный показатель образа тела.

Среди учащихся в 11-ом классе отклонение ИМТ от референтных значений для данной возрастной категории было зафиксировано у 2-х человек, при этом у 1-го человека выявлен недостаток массы тела, а у другого — избыток; среди учащихся 8-ого класса изменение ИМТ наблюдалось у 5-и человек: у двух человек масса тела оказалась недостаточной для данного возраста, а у трех — избыточной. Примечательно, что среди группы учащихся с измененным ИМТ расстройство пищевого поведения было выявлено с помощью опросников лишь у одного подростка в 11-ом классе и одного — в 8-ом. Таким образом, между расстройством пищевого поведения и объективными физиологическими показателями (ИМТ) нет однозначной зависимости. Связь между ними достаточно сложна, не всегда укладывается в некие стандартные показатели и подтверждает, как «отрицательные последствия неправильно сформированного образа тела», так и существующий «недостаток сведений о распространенности риска расстройств пищевого поведения в российской неклинической популяции» [2].

При анализе результатов теста SIBID 92,0 % от числа всех опрошенных ситуативно удовлетворены образом тела, что свидетельствует о том, что подростки не задумываются над тем, как они внешне выглядят в различных жизненных ситуациях, в отличие от того, как их воспринимают сверстники.

В то же время по опроснику BIQLI каждый пятый одиннадцатиклассник (21,0 %) и каждый пятый восьмиклассник (19,0 %) указывают, что образ тела оказывает негативное влияние на качество их жизни, прежде всего на межличностное общение и взаимоотношения как с представителями одного с ними, так и противоположного пола. При исследовании дисфункционального поведения, связанного с приемом пищи, по данным опросника EAT-26 и по оценке самих учащихся, нарушения выявлены у одного ученика 11-го класса и 4-х восьмиклассников.

Полученные результаты были более детально проанализированы на примере отдельных случаев.

В., ученик 8-го класса, 14 лет 8 месяцев, рост 168 см, ИМТ 17,7. Выявлены нарушения образа тела и расстройство пищевого поведения. Результаты по методике BIQLI свидетельствуют о его неудовлетворенности собственным телом и сверхценным отношением к собственной внешности. Это мотивирует подростка к действиям, направленным на постоянное телесное усовершенствование себя путем изнуряющих физических тренировок и соблюдения определенного режима питания, что подтверждается результатами раздела «С» опросника EAT-26.

В. указывает, что он 2-3 раза в месяц провоцирует рвоту в целях контроля своего веса и улучшения фигуры, а также отмечает, что сбросил более девяти килограммов за последние 6 месяцев. Соотношение результатов методики BIQLY, опросника EAT-26 и нормального ИМТ позволяет предположить взаимовлияние незавершенности и/или нарушение формирования образа тела и повышения аффективности и сферы влечений вследствие активизации деятельности гипоталамуса в пубертатном возрасте при недостаточной зрелости передних отделов головного мозга.

А., ученик 8-го класса, 14 лет 1 месяц, рост 160 см, ИМТ 28,1 (избыточная масса тела). Выявлено сочетание расстройства пищевого поведения (по данным опросника EAT-26) с ситуативной неудовлетворенностью собственным телом (SIBID), что проявляется в неадекватно низкой самооценке подростка. Все это обуславливает ситуации избегания А. любых неформальных видов общения со сверстниками и нарушении самоидентичности (наиболее сложной оказывается ситуация общения подростка с незнакомыми людьми).

Н., ученица 8-го класса, 14 лет 7 месяцев, рост 170 см, ИМТ 20,4. По методикам SIBID и BIQLI показала результаты, выходящие за пределы нормы, по тесту EAT-26 выявлены расстройства пищевого поведения. Несмотря на то, что внешне девочка не отличается от одноклассниц (значением объективного физиологического показателя — ИМТ соответствует возрастной норме) для нее характерно неприятие образа тела — нарушение как ситуативного восприятия телесного облика, так и уверенность в том, что именно ее внешность оказывает негативное влияние на разные стороны ее жизнедеятельности. Все это выявляет психогенную природу телесных нарушений, а также риски делинквентного поведения, связанного с приемом пищи.

О., ученица 8-го класса, 14 лет 3 месяца, рост 171 см, ИМТ 15,7. Нарушение пищевого поведения О. обнаружено при нормальных значениях результатов по EAT-26, недостаточной массе тела и отсутствии нарушений восприятия образа тела (методики BIQLI и SIBID). Прицельный анализ ответов девочки внутри EAT-26 выявил ее целенаправленные действия по снижению веса; согласно комментарию, она сбросила 6 кг за 2-3 месяца, что позволило ей достичь желаемой (но

нормативно недостаточной) массы тела и при нормальном росте.

Как было сказано ранее, к 17-18 годам следует говорить об относительной сформированности самосознания личности и образа тела в его структуре. Возможно, это объясняет отсутствие выраженных нарушений образа тела и восприятия внешности у подростков 11-го класса.

Однако заслуживают внимания два случая нарушений образа тела и пищевого поведения у учащихся 11 класса мужского пола. Каждый из них, по методикам SIBID и BIQLI, отметил ситуативную неудовлетворенность образом тела и его отрицательное влияние на различные сферы жизнедеятельности. В ходе исследования была выявлена зависимость между параметрами роста и веса подростков и указанными выше результатами. При нормальном ИМТ рост и вес подростков находятся в пределах максимальных значений нормы, что выражается в субъективном непринятии образа тела и представлении об его отрицательном влиянии на их жизнь. С одноклассниками и сверстниками вне школы подростки общаются формально, предпочитают коммуникации онлайн.

И., ученица 11 класса, 17 лет 2 месяца, рост 168 см, ИМТ 17,7, с выраженным расстройством пищевого поведения, помимо отклоняющихся от нормы результатов по SIBID и BIQLI. Суммарный балл по опроснику EAT-26 оказался наибольшим среди всех участников исследования (42 балла при среднем значении в 11-ом классе — 8 баллов). В своих ответах в части «С» опросника девочка указывает на факт провоцирования рвоты в целях контроля веса 1 раз в месяц или реже, а также на приступы бесконтрольного поедания пищи 2-3 раза в месяц, что свидетельствует о признаках анорексии / булимии, чаще возникающих в старшем подростковом возрасте.

Проведенное исследование позволяет родителям в индивидуальной беседе с психологом быть в курсе имеющихся нарушений образа тела и расстройств пищевого поведения у подростков с тем, чтобы своевременно оказать им необходимую помощь и поддержку в формировании высокой адекватной самооценки, самоуважения и самопризнания себя как полноценной личности.

Выводы

Результаты проведенного исследования показали, что примерно в трети случаев у подростков, неудовлетворенных образом тела и собственной внешностью, имеются расстройства пищевого поведения. Для таких подростков характерны расстройства аффективного спектра, они неосознанно прибегают к помощи еды для совладания с эмоциональными переживаниями.

У подростков, не удовлетворенных образом тела и собственной внешностью, формируется склонность к пищевой зависимости, ограниченному и экстерналистскому поведению.

Подростки, не удовлетворенные образом тела и собственной внешностью, не в состоянии справиться с нарушениями пищевого поведения и нуждаются в своевременной психотерапевтической помощи.

Литература

1. Розанов, В. А. Психическое здоровье детей и подростков — попытка объективной оценки динамики за последние десятилетия с учетом различных подходов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – № 1. – Url: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihicheskoe-zdorovie-detey-i-podrostkov-popytka-obektivnoy-otsenki-dinamiki-za-poslednie-desyatiletiya-s-uchetom-razlichnyh-podhodov> (дата обращения: 25.12.2020).
2. Пограничные психические расстройства у обучающихся подростков: распространенность, факторы риска, основы психогигиены / Чубаровский В. В. [и др.] // Российский педиатрический журнал. – 2018. – № 3. – Url: <https://cyberleninka.ru/article/n/pogranichnye-psihicheskie-rasstroystva-u-obuchayuschisya-podrostkov-rasprostranennost-factory-riska-osnovy-psihogigieny> (дата обращения: 25.12.2020).
3. Sharing and connecting with others – patient experiences of radically open dialectical behavior therapy for anorexia nervosa and overcontrol: a qualitative study / Isaksson M., A Ghaderi A. [et al] // Journal of Eating disorders. – 2021. – № 9 (1). – P. 9-29.
4. Капустина, В. А. Взаимосвязь оценки собственной внешности и Я-концепции подростков (в контексте профилактики расстройств пищевого поведения в подростковом возрасте) / Капустина В. А., Митрофанова Е. А. // Сибирский педагогический журнал. – 2016. – № 6. – Url: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyaz-otsenki-sobstvennoy-vneshnosti-i-ya-kontseptsii-podrostkov-v-kontekste-proflaktiki-rasstroystv-pischevogo-povedeniya-v> (дата обращения: 25.12.2020).
5. Treatment of eating disorder in adolescents during the COVID-19 pandemic: a case series / Yaffa S., Adi E.-L. [et al] // Journal of Eating disorders. – 2021. – № 9 (1). – P. 1-9.
6. Звягин, А. А. Оценка пищевого поведения по голландскому опроснику DEBQ у детей и подростков с ожирением и избыточной массой тела / Звягин А. А., Фроландина Е. О. // Медицина: теория и практика. – 2019. – № 1. – Url: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-pischevogo-povedeniya-po-gollandskomu-oprosniku-debq-u-detey-i-podrostkov-s-ozhireniem-i-izbytochnoy-massoy-tela> (дата обращения: 25.12.2020).
7. Иванов, Д. В. Образ тела у подростков с нарушениями пищевого поведения / Иванов Д. В., Хохрана А. А. // Вестник ГУУ. – 2019. – № 6. – Url: <https://cyberleninka.ru/article/n/obraz-tela-u-podrostkov-s-narusheniyami-pischevogo-povedeniya> (дата обращения: 25.12.2020).
8. Улыбина, Е. В. Связь отношения к телу с гендерными характеристиками в юношеском возрасте // Психологические исследования: электрон. науч. журн. – 2011. – № 4(18). – Url: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 25.10.2020). 0421100116/0038.
9. Body image: a handbook of science, practice, and prevention / Edited by Thomas F. Cash, Linda Smolak. – The Guilford Press, 2011. – 490 p.
10. Баранская, Л. Т. Методика исследования образа тела / Баранская Л. Т., Татаурова С. С. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2012. – 82 с.
11. The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates / Garner D.M. [et al.] // Psychological Medicine. – 1982. – № 12. – P. 871-878.

Сведения об авторах

Баранская Людмила Тимофеевна — д-р психол. наук, профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: lubaran@rambler.ru.
Муратова Анастасия Александровна — студентка 5-го курса педиатрического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.
Таскина Елена Константиновна — студентка 5-го курса педиатрического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

«СИНДРОМ ПЛЮШКИНА», ИЛИ ХОАРДИНГ: МЕЖДУ НОРМОЙ И ПАТОЛОГИЕЙ

УДК: 616.894-053.9

Л.Т. Баранская, Ю.С. Селютина

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье представлен обзор современных психопатологических и патопсихологических представлений о «синдроме Плюшкина», патологическом накопительстве, или хоардинге в отечественной и зарубежной медицинской и психологической литературе. Описаны возможности клинической диагностики хоардинга как психического расстройства, представленного в разделе «Классификация психических, поведенческих расстройств и расстройств развития нервной системы» МКБ-11.

Ключевые слова: синдром Плюшкина, патологическое накопительство, хоардинг, классификации психических и поведенческих расстройств, МКБ-11.

«PLUSHKIN`S SYNDROME», OR HOARDING: BETWEEN NORM AND PATHOLOGY

L.T. Baranskaya, J.S. Selyutina

Urals state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The article presents an overview of modern psychopathological and path psychological ideas about "Plushkin's syndrome", pathological accumulation or hoarding in domestic and foreign medical and psychological literature. The possibilities of clinical diagnosing howling as a mental disorder are described, presented in the section "Classification of mental, behavioral disorders and disorders of the nervous system" ICD-11.

Keywords: Plushkin syndrome, pathological accumulation, hoarding, classification of mental and behavioral disorders, ICD-11.

Введение

Имя помещика-скопида Плюшкина из го-голевских «Мертвых душ» давно стало нарицательным. К сожалению, и в реальном мире существуют люди с маниакальным пристрастием к накопительству ненужных и бесполезных вещей — хлама, от которого страдают они сами, их родные и соседи. Данный феномен получил название «синдром Плюшкина» [1]. Суть данного синдрома в том, что вначале человек без разбора скупает и накапливает разные вещи, которые, на его взгляд, могут когда-либо ему пригодиться в быту. При этом и выбрасывать старые он не торопится, полагая, что они тоже когда-либо могут понадобиться. Так продолжается достаточно долго, пока однажды такое поведение не принимает угрожающие формы как для самого «Плюшкина», так и для окружающих. Со временем патологическое пристрастие к огромному количеству ненужных вещей и предметов начинает радикально менять психологическое состояние человека: он становится раздражительным и агрессивным, мало общается с окружающими, полностью замыкаясь на своих «находках». В клинически запущенной ситуации человек, страдающий патологическим накопительством, полностью прекращает контакты с людьми, включая самых близких, становится подозрительным: ему кажется, что все вокруг ему завидуют, хотя отобрать у него самые ценные «экспонаты». Вся жизнь человека концентрируется вокруг собранного хлама, формируя расстройство психической сферы, получившее название «хоардинг, или силлогомания».

В DSM V «хоардинг» рассматривается как особое психическое расстройство в классе обсессивно-компульсивных и неуточненных расстройств и характеризуется тремя основными характеристиками. Наиболее очевидной является невозможность расставания с накопленным имуществом, независимо от его фактической ценности. Во-вторых, чрезмерное или навязчивое приобретение все новых вещей и товаров. В-третьих, это дезорганизация и неспособность предотвратить беспорядок в собственном жилище [2]. При этом подчеркивается, что патологическое накопительство не связано ни с каким другим заболеванием (черепно-мозговой травмой, цереброваскулярными нарушениями, синдромом Прадера-Вилли и пр.), а также не является симптомом другого психического расстройства — это не навязчивые идеи при обсессивно-компульсивном расстройстве, не снижение энергии при депрессивных расстройствах, не бред при шизофрении, не когнитивные дефекты при нейрокогнитивных расстройствах, не ограниченные интересы при расстройствах аутистического спектра [3].

В 2019 г. на основании данных о научной достоверности, клинической полезности и глобальной применимости в раздел МКБ-11 (предусмотрен переход с 01 января 2022 г.), касающий-

ся психических, поведенческих расстройств и нарушений развития нервной системы, было добавлено новое расстройство — патологическое накопительство (хоардинг, силлогомания).

Важность изучения хоардинга обусловлена тем, что около 2,5 % населения мужчин и женщин в развитых странах имеют симптомы, указывающие на данное расстройство в соответствии с принятым определением и критериями DSM V и МКБ-11 [4].

В одном из недавних исследований установлено, что по мере увеличения возраста индивидов на каждые пять лет распространенность хоардинга увеличивается на 20 % в соответствующей возрастной группе. Гендерных различий выявлено не было, что свидетельствует о сопоставимой подверженности данному расстройству мужчин и женщин [5].

Расстройство характеризуется накоплением вещей из-за их чрезмерного приобретения или трудностей с избавлением от них независимо от их фактической ценности. Чрезмерное приобретение характеризуется повторяющимися побуждениями или поведением, связанным с накоплением или покупкой предметов. Сложность выбрасывания характеризуется мыслями о необходимости сохранять предметы и негативными переживаниями при необходимости отказаться от них. Накопление приводит к захламлению жилых помещений до состояния, когда в них становится небезопасно находиться.

Несмотря на то, что хоардинг может быть проявлением широкого спектра психических и поведенческих расстройств, а также других состояний, включая обсессивно-компульсивное расстройство, депрессивные расстройства, шизофрению, деменцию, расстройства аутистического спектра и пр., имеется достаточно доказательств, подтверждающих, что хоардинг представляет собой отдельное уникальное расстройство. Однако, с другой стороны, отсутствие надежных диагностических критериев, их относительный характер затрудняют диагностику хоардинга, особенно у лиц пожилого возраста, имеющих разную степень выраженности когнитивного дефицита [6].

В настоящее время люди, страдающие хоардингом, своевременно не диагностируются и не получают необходимой психиатрической и психотерапевтической помощи, что и обусловило его включение в МКБ-11. Значительная часть таких людей представляет опасность для общества, поскольку со временем они утрачивают способность произвольно руководить своими действиями, становятся неадекватными, их психика дезинтегрирована.

Цель работы

Обсуждение имеющихся в научной медицинской и клинико-психологической литературе представлений об этиологии, диагностике и формах психотерапии патологического накопительства (хоардинга, силлогомании).

Клиническая и патопсихологическая картина хоардинга

В большинстве источников [3, 4, 5, 6] хоардинг рассматривается как расстройство влечения, проявляющееся чрезмерным накопительством различных вещей, патологической жадностью и ненормальной экономией. Как любое другое расстройство влечений, хоардинг имеет две существенные характеристики: доминантность и деструктивность влечения. Данное расстройство начинает развиваться в подростковом (преимущественно в период пубертата) и/или взрослом возрасте, сопровождается поведенческими девиациями, вплоть до делинквентных проявлений. Патологический процесс носит системный характер, характеризуется полиморфизмом.

По мере перехода от одной возрастной группы к другой, человек, страдающий хоардингом, во все более возрастающих количествах приобретает вещи, предметы, потребность в которых отсутствует. К среднему возрасту нарастает грубая симптоматика расстройства, которая становится очевидна окружающим.

Признаки и симптомы хоардинга:

- чрезмерное приобретение вещей и предметов, которые не нужны или для которых нет места;

- постоянные трудности выбрасывания или расставания с вещами, независимо от их фактической стоимости;

- чувство необходимости сохранить все вещи и предметы и отрицательные эмоции по поводу избавления от них;

- создание беспорядка в помещении до такой степени, что оно становится непригодным для жилья;

- в психологическом плане для пациентов характерна тенденция к нерешительности в сочетании с проявлениями перфекционизма, проблемы с планированием и организацией любой деятельности.

Сверхценное значение для страдающих хоардингом имеют те вещи, которые обычные люди считают мусором. Опасность заключается в том, что, перегружая и захламляя свое жилище, силлогоманы значительно ухудшают санитарно-эпидемиологическую ситуацию, наносят вред не только себе, но и окружающим. Особенно остро стоит вопрос, когда в однокомнатной квартире по соседству живет «Плюшкин» с 30-ю кошками. Окружение силлогомана не живет, а буквально выживает рядом с таким «особенным» человеком, но виновник сложившейся ситуации доволен и чувствует себя хорошо.

Патологическое накопительство, с одной стороны, следует отличать от коллекционирования (например, марок, монет, моделей автомобилей, репродукций и пр.). Коллекционеры намеренно ищут конкретные предметы, классифицируют их и тщательно оформляют свои коллекции, которые могут быть и большими, но, как правило, не загромождают жилое помещение и не вызывают нарушений, которые являются симптомами расстройства. С другой, хоардинг необходимо отличать

от такого расстройства, как синдром Диогена (синдром «старческого убожества»). Одной из общих черт данных психических расстройств является их коморбидность с синдромом дефицита внимания при гиперактивности (СДВГ), фронтотемпоральной деменцией и биполярным аффективным расстройством [7].

Необходимо отметить, что этиология хоардинга как особого психического расстройства до конца не изучена. Помимо органической почвы, существенная роль принадлежит наследственной предрасположенности.

При исследовании когнитивных процессов у пациентов, страдающих хоардингом, параллельно была установлена дезорганизация ряда психических функций, таких как дефицит устойчивости внимания, оперативной памяти, зрительно-пространственной координации, процессов постановки и решения задач [8]. Однако в дальнейшем было установлено, что существуют противоречия между полученными результатами, в которых еще предстоит разобраться [9].

Несмотря на то, что в настоящее время пока еще не накоплено убедительных данных об этиопатогенезе патологического накопительства как психического расстройства, тем не менее существуют доказательства эффективности когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), практикуемой в форме групповой работы [10]. С этой целью в Бостонском университете (США) разработана 26-сессионная программа, которая описана в руководстве «Лечение расстройств патологического накопления». Программа включает в себя различные когнитивные и поведенческие методы, направленные на изменение убеждений, связанных с накоплением ненужных вещей и предметов, практические упражнения, состоящие в освоении навыков сокращения чрезмерного приобретения и отказа от избыточного имущества, обучение навыкам организации себя и сосредоточения на актуальных задачах. Одновременно с пациентами проводятся мотивационные интервью и мотивационные тренинги.

Выводы

1. Патологическое накопительство, или хоардинг, рассматривается в DSM V и МКБ-11 как отдельное психическое расстройство, которое не может быть отнесено ни к какому другому расстройству психической сферы, поскольку имеет специфические клинические особенности.

2. Существующие диагностические критерии хоардинга позволяют выявить данное расстройство, однако, к сожалению, уже на поздних стадиях его формирования, тем более что специальных превентивных мер, препятствующих нарастанию патологического накопительства, не выявлено.

3. В настоящее время отсутствует единый, разделяемый всеми специалистами подход к медикаментозному и психотерапевтическому лечению пациентов, страдающих хоардингом. В основном применяются индивидуальный подбор препаратов, направленных на коррекцию поведения, мотивационные тренинги и групповая форма когнитивно-поведенческой терапии.

Литература

1. Топоров, В. Н. Вещь в антропоцентрической перспективе (апология Плюшкина) // Топоров В. Н. Миф. Ритуал. Символ. Образ: Исследования в области мифопоэтического: Изб. — М.: Издат. группа «Прогресс»-«Культура», 1995. — С.7-111.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-V). — American Psychiatric Publishing, 2013. — 991p.
3. Comparing clinical characteristics and treatment outcomes between Veterans and non-Veterans with hoarding disorder / Dozer M. E., Pittman J. O. [et al] // Comprehensive Psychiatry. — 2018. — Vol. 86. — P. 1-5.
4. Prevalence of Hoarding Disorder: A systematic review and meta-analysis / Postlethwaite A., Kellett S., Mataix D. [et al] // J. of Affective Disorders. — 2019. — Vol. 256. — P.309-316.
5. Age-Specific Prevalence of Hoarding and Obsessive Compulsive Disorder: A Population-Based Study / Danielle C. C., Krystal N., Dorret B. [et al] // Am J Geriatric Psychiatry. — 2017. — URL: <https://pub.med.ncbi.nlm.nih.gov/27939851/>.
6. Патологическое накопительство (хоардинг) наконец стало самостоятельным расстройством, но впереди ещё много трудностей // World Psychiatry. — 2018. — P. 21-26.
7. Diogenes syndrome and Hoarding disorder: Same or different? / Lavigne B., Hamdan M., Faure H. [et al] // Encephalic. — 2016. — Url: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27017316/>.
8. Review of cognitive performance in hoarding disorder. Author links open overlay panel / Woody S. R., Kellman K. [et al] // Clinical Psychology Review. — 2014. — Vol. 34 (Issue 4). — P.324-336.
9. Tolin, D. F. Subjective cognitive function in hoarding disorder / Tolin D. F., Hallion L. S., Wootton B. M. // Psychiatry Research. — 2018. — Vol. 265, № 4. — P. 215-220.
10. Group cognitive-behavioral therapy for hoarding disorder: An open trial / Gilliam C. M.; Norberg M. M.; Villavicencio A. [et al] // Behavior Research and Therapy journal. — 2011. — Vol. 49, № 11. — P. 802 — 807. — Doi: 10.1016/j.brat.2011.08.008. — PMID 21925643.

Сведения об авторах

Баранская Людмила Тимофеевна — д-р психол. наук, проф. кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава РФ. Адрес для переписки: lubaran@rambler.ru.
Селютина Юлия Сергеевна — студентка 5-го курса педиатрического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава РФ.

ПИЛОТНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ТИПОВ КУРИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА

УДК 613.84

С.И. Богданов, Ю.А. Калмыкова

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье представлено пилотное изучение курительного поведения студентов вузов г. Екатеринбурга, употребляющих никотин и его аналоги, как одного из важных стадий исследовательского проекта в целях идентификации потенциальной проблемной области. Получено подтверждение индивидуальных паттернов курительного поведения студенческой молодежи, соответствующих возрастным психофизическим особенностям.

Ключевые слова: курительное поведение, студенты, никотиновая зависимость.

PILOT STUDY OF TYPES OF SMOKING BEHAVIOR OF YEKATERINBURG UNIVERSITY STUDENTS

S.I. Bogdanov, Y.A. Kalmykova

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The article presents a pilot study of the smoking behavior of students of universities in Yekaterinburg, who use nicotine and its analogues, as one of the important stages of the research project in order to identify a potential problem area. Confirmation of individual patterns of smoking behavior of student youth corresponding to age psychophysical characteristics has been confirmed.

Keywords: smoking behavior, students, nicotine addiction.

Введение

Табакокурение представляет собой высокую опасность для здоровья населения, поскольку провоцирует развитие хронических неинфекционных заболеваний и является причиной ранней преждевременной смертности. Глобальное исследование Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) свидетельствует о том, что Россия занимает лидирующие позиции по распространению курения среди населения. По данным ВОЗ, примерно 30 % молодежи в возрасте от 15 до 18 лет курит [1].

С 2015 г. в России начал действовать закон «Об охране здоровья населения от воздействия

окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», основной целью которого, в первую очередь, является сокращение вовлечения в процесс потребления табака новых социальных групп, особенно молодежи и детей. Этот закон включает запрет на распространение и продажу табачных изделий, а также на курение в общественных местах [2].

В России насчитывается более 3 миллионов курящих молодых людей, что выводит данную проблему из числа частных, локальных в область проблем государственного значения [3]. При проведении эпидемиологических исследований было выявлено, что курение, во-первых, прак-

тически всегда приводит к ухудшению соматического здоровья и качества жизни студентов; во-вторых, часто сопровождается употреблением алкогольных напитков и наркотических средств и, в-третьих, частота встречаемости курения, согласно среднестатистическим данным, на младших курсах варьирует в пределах 55-65 % от общего числа студентов [4]. Помимо табакокурения, в мире развивается новое направление — вейпинг. По официальным данным, в России количество людей, употребляющих парящие вейп-жидкости, достигает 4,2 млн человек. Пик популярности был связан с активным маркетингом и отсутствием в нашей стране законов, запрещающих вейпинг, а также акцизов на вейп-жидкости. Маркетинг заключался в формировании у лиц, испытывающих никотиновую зависимость, убеждения в том, что вейпинг безопаснее, чем курение сигарет. Помимо этого, многие учащиеся из-за возросшего ажиотажа вокруг вейпинга начали активно использовать вейп [2].

Из данных современных исследований известно, что наиболее уязвимыми для первичного вовлечения в потребление психоактивных веществ, в том числе никотинсодержащих, являются подростки и молодые взрослые. Этому способствует ряд факторов: 1) психические особенности подросткового возраста (склонность к оппозиционному поведению, большая восприимчивость к новому опыту, вовлечение в новые коллективы и стремление к успешному социальному взаимодействию); 2) особенности социально-экономического положения подростков и молодых взрослых (низкий достаток, приводящий к хроническому стрессу, высокая напряженность труда студентов вуза и молодых специалистов); 3) биологические особенности (особенности реагирования дофаминовой системы, чувствительность никотинэргических нейронов к стимуляции, высокая степень нейропластичности) [5].

Исходя из вышеприведенных данных, мы можем утверждать, что на повестке современной наркологии достаточно остро стоит вопрос предотвращения первичного вовлечения студентов в употребление табака и его аналогов. Это невозможно сделать без оценки курительного статуса типичного потребителя в заданных возрастных рамках.

Цель исследования

Проведение пилотного изучения курительного статуса студентов уральских вузов, употребляющих никотин и его аналоги, в целях тестирования исследовательского инструментария для организации развернутого исследования.

Материалы и методы

Выборка исследования получена с помощью анкетирования трехблоковым опросником на базе приложения Google-формы — поперечное нерандомизированное исследование среди курящих студентов всех курсов бакалавриата, специалитета, магистратуры, ординатуры, аспиранту-

ры вузов г. Екатеринбурга (УГМУ, УрФУ, УрГАУ, УрГЭУ-СИНХ, УрГЮУ). Всего 30 студентов (N=30). 60,0 % из числа опрошенных студентов обучаются в УГМУ, поскольку информационная доступность опросника оказалась здесь более высокой. Возраст респондентов колебался от 20 до 27 лет; средний возраст — $23 \pm 2,46$ года. В исследовании приняло участие примерно равное количество мужчин и женщин (56,4% и 43,7% соответственно).

В качестве инструмента исследования был использован комплексный опросник, разделенный на три блока и включающий в себя следующие показатели: индекс пачка-лет, оценка психиатрического и наркологического анамнеза (наличие или отсутствие психических расстройств, а также расстройств, связанных с зависимостями как у респондента, так и у его ближайших родственников), шкала Фагерстрёма, тест курительного поведения).

Первый блок комплексного опросника содержит паспортные данные (возраст, пол), место и курс обучения студента в настоящий момент. Отдельно выделены основные параметры курительного статуса: возраст начала курения, стаж курения, количество выкуриваемых сигарет в день, что позволяет нам выделить еще один важный показатель — индекс пачка-лет. Индекс пачка-лет был рассчитан с использованием стандартной формулы.

Второй блок используемой шкалы для оценки курительного поведения представляет собой стандартный тест Фагерстрёма, предназначенный для количественной оценки силы зависимости каждого респондента. Это позволяет стратифицировать конечную выборку по степени риска табачной зависимости и возможности прекращения курения.

Третий блок исследования представляет собой наиболее важную часть — это анкета для определения преобладающего типа курительного поведения по Д. Хорну, которая позволяет определить основной мотив курения табака либо его аналогов у потребителя никотина и его аналогов, что крайне важно для понимания портрета современного курильщика и для определения точек приложения последующей терапии и наркологической реабилитации.

Результаты полученных данных обработаны с помощью программы Statistica.

Результаты

Полученные данные обработаны в соответствии с распределением по блокам исследования.

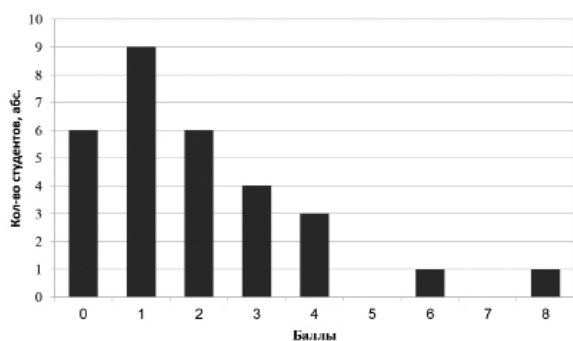
Распределение по возрасту студентов, принимавших участие в опросе: 23 года (37,6 %), 22 года (20 %), 20 лет и 21 год — по 13,3%, 24 года (6,7 %), 25-27 лет каждая категория — по 3,3 %. Минимальный возраст начала курения — 14 лет, максимальный — 22 года. Возрастом начала курения, который студенты указывали наиболее часто, является 18 лет (26,7%), затем 14 лет (23,3 %) (табл. 1). Средний стаж курения в выборке — 4,8 года.

Таблица 1
Возраст начала употребления табака и его аналогов

Возраст начала курения	Абсолютное значение, n	Относительное значение, %
До 15 лет	7	21,3
15-16 лет	5	15,1
16-17 лет	4	12,1
18 лет	8	24,2
19-20 лет	6	18,2
Более 21 года	3	9,1

Индекс пачка-лет не характеризует ни одного из студентов как «абсолютного» и «злостного» курильщика. Также не определяется риск развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) — максимальный индекс пачка-лет среди студентов составляет 3,15 при нижней границе индекса 10 для развития риска. У 63,3 % студентов в семейном анамнезе определяется хотя бы один никотинзависимый родитель. У 33,3 % студентов не курит ни один из родителей. 10 % студентов указали на наличие психического заболевания — алкогольной зависимости, расстройства пищевого поведения и смешанного расстройства личности.

Оценка уровня никотиновой зависимости проводилась по шкале Фагерстрёма. Высокая и очень высокая зависимость наблюдалась суммарно у 6,6 % опрошенных, получивших 6 и 8 баллов (рис.).



Количественное распределение студентов по баллам шкалы Фагерстрёма

Курение менее 10 сигарет в день 80 % студентов, отсутствие желания курить при болезни 70 %, 83,3 % студентов несложно воздержаться в свободных от курения местах — подтверждают очень слабую зависимость у большинства студентов (70 %), участвующих в опросе, и слабую зависимость у 23,4 % студентов (табл. 2).

Таблица 2
Распределение силы зависимости респондентов по шкале Фагерстрёма

Сила зависимости	Абсолютное значение, n	Относительное значение, %
Очень слабая зависимость	21	70
Слабая зависимость	7	23,4
Средняя зависимость	0	0
Высокая зависимость	1	3,3
Очень высокая зависимость	1	3,3

Полученные данные о силе зависимости по шкале Фагерстрёма свидетельствуют о преобладающей в студенческой среде никотиновой зависимости низкой силы, что является важным фактором для наркологических интервенций и прекращения курения.

По результатам анкеты Д. Хорна, для определения типа курительного поведения выявлен самый частотный тип — поддержка (73,3 %). Такое курительное поведение связано с ситуациями волнения, эмоционального напряжения, дискомфорта. 63,3 % студентов имеют высокую приверженность (выше 11 баллов) к типу курительного поведения «расслабление». Студенты курят только в комфортных условиях, получают «дополнительное удовольствие» к отдыху. Такие причины, как «жажда», «игра с сигаретой» и «стимуляция», встречаются у подростков реже — 16,6 %, 20 %, 16,6 % соответственно (табл. 3).

Таблица 3
Типы курительного поведения среди студентов вузов

Типы преимущественного курительного поведения	Абсолютное значение, n	Относительное значение, %
Стимуляция	5	16,6
Поддержка	22	73,3
Игра с сигаретой	6	20
Жажда	5	16,6
Расслабление	19	63,3

Полученные данные подтверждают предположение о влиянии особенностей психического реагирования молодежи и их связь с типом курительного поведения.

Выводы

1. Наличие стойких паттернов курительного поведения среди студентов предрасполагает к увеличению объема исследования для получения достоверной информации.

2. Курительное поведение подростков и учащейся молодежи определяется психологически-ми особенностями возраста и требует разработки более чувствительной и развернутой шкалы исследования курительного поведения.

3. Факторы риска молодежи, употребляющей никотин и его аналоги, обуславливают поиск индивидуального подхода к выбору стратегии и тактик психологического консультирования и психотерапии.

4. Учитывая особенности курительного поведения студентов и его преимущественные типы «поддержка» и «расслабление», можно рекомендовать включить в стратегию первичной терапии никотинзависимости адаптированные копинг-стратегии, основанные на психофизических, психологических и социальных особенностях старших подростков и лиц возраста ранней зрелости.

Литература

1. Чичерина, Е. Н. Распространенность курения среди медицинских и немедицинских вузов города Кирова / Чичерина Е. Н., Виногорова Н. Д., Альдемирова О. Л. // Вятский медицинский вестник. – 2019. – № 1 (61). – С. 66-70.
2. Дресвянкина, У. М. Особенности курения и парения у студентов высшего учебного заведения / Дресвянкина У. М., Лысцова Н. Л. // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 4-3. – С. 378-380.
3. Ахромова, А. Г. Анализ привычки курения у студентов и методы ее профилактики / Ахромова А. Г., Сальникова Е. Д. // Материалы научной и научно-методической конференции профессорско-преподавательского состава Кубанского государственного университета физической культуры, спорта и туризма. – 2018. – № 1. – С. 224-226.

Сведения об авторах

Богданов Сергей Иванович — д-р мед. наук, доц. кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: bogdanov-nc@yandex.ru.
Калмыкова Юлия Андреевна — студентка 5-го курса педиатрического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

СЕМЕЙНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК КАК ФАКТОР ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ К ПРОГРАММНОМУ ГЕМОДИАЛИЗУ

УДК 616.89

В.Е. Гаврилова

*Центр амбулаторного диализа ООО «Уральский медицинский центр»,
г. Екатеринбург, Российская Федерация*

В мире в настоящее время большое количество людей с полностью утраченной функцией почек, хронической болезнью почек (ХБП) 4-5 стадии продолжает жить благодаря экстракорпоральным методам детоксикации. Психологическая адаптация к гемодиализу (ГД) обусловлена совокупностью ряда субъективных факторов, одним из которых является семья пациента. Качество семейных отношений, адекватные психологические реакции родственников на заболевание и длительность лечения гемодиализом способствуют формированию у пациентов направленности на достижение положительного результата терапии, улучшение самочувствия и развитие позитивной мотивации. В результате исследования были выявлены четыре группы пациентов с разным семейным статусом и характером семейных отношений. У семейных пациентов, родственники которых принимали активное участие в лечебном процессе, а также у одиноких пациентов адаптация проходила успешнее по медицинским показателям. При этом группа одиноких пациентов выявила положительный результат как по медицинским, так и по психологическим показателям. Наименее успешно адаптация проходит у пациентов, переживших развод в связи с заболеванием, а также у пациентов, не имеющих поддержку в семье по их субъективным представлениям.

Ключевые слова: гемодиализ, ХБП, семейный статус, психологическая адаптация.

FAMILY STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE AS A FACTOR OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION TO PROGRAMMATIC HEMODIALYSIS

V.E. Gavrilova

Outpatient dialysis center "Ural Medical Center" LLC, Yekaterinburg, Russian Federation

Currently, in the world a large number of people with completely lost kidney function, chronic kidney disease 4-5 stage (CKD) continues to live thanks to extracorporeal methods of detoxification. Psychological adaptation to hemodialysis conditioned by a combination of a number of subjective factors, one of which is the patient's family. The quality of family relationships, adequate psychological responses of relatives to the disease and the duration of treatment with hemodialysis contribute to the formation of patients' focus on achieving a positive result of therapy, improving well-being and developing positive motivation. The study identified four groups of patients with different family status and family relationships. In family patients, whose relatives took an active part in the treatment process, as well as in single patients adaptation was more successful on medical indicators. At the same time, a group of single patients showed a positive result, both on medical and psychological indicators. The least successful adaptation takes place in patients who have survived a divorce due to the disease, as well as in patients who do not have family support according to subjective ideas.

Keywords: hemodialysis, CKD, family status, psychological adaptation.

Введение

В настоящее время в мире большое количество людей с полностью утраченной функцией почек продолжает жить благодаря экстракорпоральным методам детоксикации. Еще несколько десятилетий назад пациенты, страдающие хронической болезнью почек (ХБП) на терминальной стадии, были обречены. И только современные медицинские технологии, непрерывное совершенствование методов диагностики и лечения ХБП, расширение сети диализных цен-

тров в стране и в мире позволяют обеспечить сохранение жизни этим больным. Но наряду с увеличением продолжительности жизни пациентов, улучшением ее качества отмечается актуализация проблемы психологической адаптации больных к получению заместительной почечной терапии (ЗПТ) [1]. Доказано, что пациенты с ХБП особо остро нуждаются в психологической реабилитации [2].

На начальном этапе адаптации к гемодиализу (ГД) ведущими психотравмирующими факто-

рами являются формирование «привязанности к аппарату», резкое изменение уклада жизни больных, осознание того, что лечение их заболевания — это не 1-2 процедуры, а пожизненная помощь организму. В переживаниях больных большое место занимают ограничения свободы передвижения, необходимость проводить много времени на процедурах гемодиализа [3]. Особенно тяжело протекает адаптация к ограничению потребления жидкости, к пункции фистулы во время подключения к аппарату, которая воспринимается больными как «вторжение в организм», «нарушение его целостности» [4]. Имеет место ситуация неясности перспектив: динамика дальнейшего самочувствия, эффективность лечения, трудоустройство, семейное положение и т.п. [5].

На этапе стабильного гемодиализа главное стрессорное влияние оказывает неудовлетворенная потребность социального достижения [6]. Инвалидизация приводит к вынужденному уходу пациентов из малых социальных групп и коллективов, которые имеют большую субъективную значимость. У работающих пациентов ограничивается карьерный рост, они не видят смысла продолжать образование ввиду отсутствия возможности его дальнейшей реализации [7].

Психологическая адаптация к гемодиализу проходит под влиянием многих факторов. Существенную роль играет семья больного, благоприятные отношения в которой, адекватные эмоциональные реакции родственников на необходимость терапии гемодиализом улучшают результаты лечения и способствуют нормальному психическому состоянию больных [8].

Цель исследования

Выявить имеющиеся различия в психологической адаптации к программному гемодиализу пациентов с терминальной стадией ХБП, обладающих разным семейным статусом и характером семейных отношений.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 72 пациента в возрасте от 25 до 60 лет (средний возраст $42 \pm 6,12$ года), находящиеся на гемодиализе до 1-го года. Все обследуемые проходили период адаптации к гемодиализу. На основании применения метода клинико-психологического интервью были выделены следующие группы:

1) в группу «одинокие пациенты» были включены пациенты, проживающие одни на момент вхождения в ГД (разведен / разведена, холост / не замужем, вдова / вдовец);

2) в группу «развод после начала ГД» вошли пациенты, состав семьи которых изменился по причине постановки диагноза ХБП 4-5 стадии, приводящего к инвалидизации.

В качестве психодиагностических методов были выбраны методика «ТОБОЛ» Л.И. Вассермана для диагностики типа отношения к болезни, метод структурного клинико-психологического интервью. В качестве медицинского метода использован биохимический анализ крови.

Результаты и обсуждение

Критерием для отбора пациентов «Стабильные семейные отношения с участием» было наличие семейных отношений, не изменившихся с момента начала процедур ГД, а также помощь в перестроении питания (специальной диеты), режима, совместных планов, а также положительный ответ на вопрос «Чувствуете ли вы поддержку семьи?»

В группу «Стабильные семейные отношения без участия» вошли пациенты, состав семьи которых официально не изменился, но, по их мнению, семья не принимала участия в лечении.

В качестве критериев успешной адаптации были выбраны клинические параметры: анализ биохимии крови — показатели калия (К) и фосфора (Р), которые отражают соблюдение специальной диеты пациентами, количество пропусков процедур.

В качестве психологических критериев успешной адаптации были выбраны показатели теста «ТОБОЛ». В качестве адаптивных рассматривались гармонический, анозогнозический и эргопатический типы отношения к болезни. Оценка проводилась через 12 месяцев после начала процедур гемодиализа (табл.).

В ходе нашего исследования было выявлено, что у пациентов, чьи семьи принимали участие в лечении, а также у одиноких пациентов адаптация проходила успешнее по медицинским показателям (рис. 1-2). Самой успешной можно назвать адаптацию одиноких пациентов: они проходили адаптацию успешно как по медицинским, так и по психологическим показателям.

Таблица

Сравнительные клинические и психологические характеристики обследуемой группы пациентов (n=72 чел.)

	Медицинские показатели в норме		Медицинские показатели вне нормы		Адаптивный тип отношения к болезни		Неадаптивный тип отношения к болезни	
	Чел.	%	Чел.	%	Чел.	%	Чел.	%
Одинокие пациенты	12	60	8	40	17	85	3	15
Развод после начала ГД	1	16,7	5	83,3	2	33,3	4	66,7
Стабильные семейные отношения с участием	17	89,5	2	10,5	7	36,9	12	63,1
Стабильные семейные отношения без участия	9	33,3	18	66,7	13	48,1	14	51,9

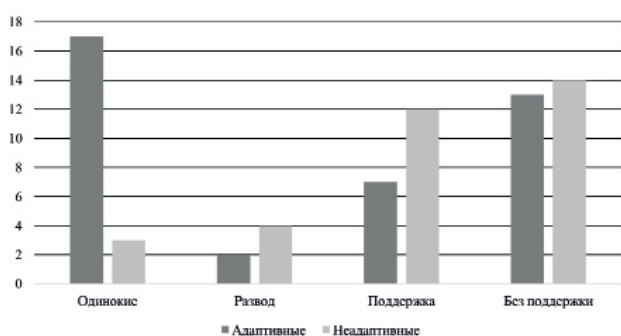


Рис. 1. Тип отношения к болезни у пациентов разных групп

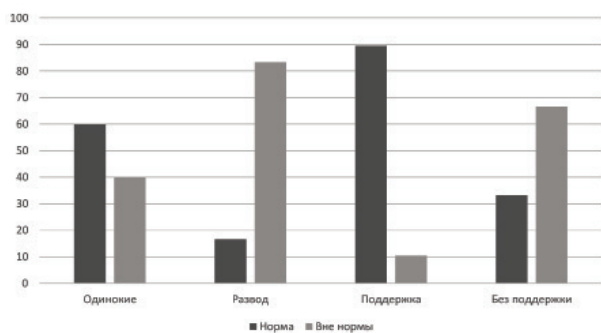


Рис. 2. Клинические показатели групп пациентов

Наименее ожидаемые результаты были получены при анализе типов отношения к болезни. Адаптивные типы были получены только у одиноких пациентов. При этом, если сравнивать между собой группы пациентов со стабильными семейными отношениями, можно увидеть, что в группе пациентов, не ощущающих поддержку семьи, показатели по адаптивному типу отношения к болезни были лучше в процентном соотношении, чем у пациентов, не получающих ее. Однако стоит отметить, что в качестве неадаптивного типа отношения к болезни у большинства семейных пациентов был выявлен сенситивный тип отношения к болезни, что проявлялось и в

их высказываниях о семье в ходе интервью: «Боясь быть обузой»; «Они тратят много времени»; «Из-за меня им приходится ограничиваться» и др. Наименее успешную адаптацию к гемодиализу показали пациенты, переживающие изменение состава семьи. В большинстве они имели нарушение медицинских показателей и показывали неадаптивные типы отношения к болезни. Таким образом, при психологической помощи следует особое внимание уделять пациентам, переживающим разводы.

Также стоит отметить, что поддержка семьи имеет большее влияние на медицинские показатели адаптации к гемодиализу, чем на психологическую составляющую. Возможно, это объясняется тем, что в данных семьях это привычная модель поведения и пациенты не переживают перестройку семейной системы. Однако это дает о себе знать с точки зрения медицинских показателей, так как поддержка в вопросах выполнения рекомендаций врача имеет ключевую роль. Этим же объясняется тот факт, почему одинокие пациенты показали лучшие результаты по медицинским показателям, чем пациенты в семейных отношениях (рис. 1-2): перестроить режим и систему питания, требуемые при ХПН, легче самостоятельно, чем для всей семейной системы.

Выводы

В ходе исследования было выявлено, что у пациентов, члены семьи которых принимали деятельное участие в лечении, а также у одиноких пациентов адаптация проходила успешнее по клиническим показателям. При этом группа одиноких пациентов показала положительный результат как по клиническим, так и по психологическим показателям. Наименее успешно адаптация проходит у пациентов, переживших развод в связи с заболеванием, а также у пациентов, не имеющих поддержку семьи по их субъективным представлениям.

Литература

1. Баранская, Л. Т. Психологическая реабилитация пациентов с хронической болезнью почек, получающих лечение гемодиализом : Клинико-практическое руководство. – Екатеринбург : Изд-во: Уральский Медицинский Центр, 2019. – 54 с.
2. Васильева, И. А. Внутренняя картина болезни и качество жизни пациентов с терминальной стадией болезни почек / И. А. Васильева // Российский научный журнал. 2009. – № 57. – С. 75-85.
3. Шкурко, Т. А. Копинг-стратегии и социально-психологическая адаптация пациентов с инкурабельным заболеванием почек, находящихся на заместительной почечной терапии гемодиализом / Шкурко Т. А., Шапошников Д. Ю. // Гуманитарные научные исследования. – 2015. – № 2. – URL: <http://human.snauka.ru/2015/02/9330> (дата обращения: 15.09.2020).
4. Bornivelli, C. Relationship between Depression, Clinical and Biochemical Parameters in Patients Undergoing Hemodialysis. / G. Aperia, I. Giannikouris, C. Paliouras, P. Alivannis // Journal Renal Care. – 2012. – № 38 (2). – P. 93-99.
5. Makara-Studzinska, M. A. Depression Symptoms among Patients with End Stage Renal Disease and among Primary Health Care Patients / M. Makara-Studzinska, A. Koslak. // Archives of Psychiatry and Psychotherapy. – 2011. – № 3. – P.5-10.
6. Da Silva-Gane, M. Supportive care in advanced kidney disease: patient attitudes and expectations. / M. Da Silva-Gane, K. Farrington. // J. of Renal Care. – 2014. – № 40 (Suppl. 1). – P. 30-35.
7. Patel, M. L. Anxiety and Depression. A Suicidal Risk in Patients with Chronic Renal Failure on Maintenance Hemodialysis / R. Sachan, A. Nischat, Surendra. // International Journal of Scientific and Research Publications. – 2013. – № 2 (3). – P. 1-6.
8. Куртанова, Е. Ю. Система психологической реабилитации пациентов с различными соматическими заболеваниями / Е. Ю. Куртанова. // Электрон. журнал «Психологическая наука и образование». – 2010. – № 5.

Сведения об авторе

Гаврилова Валерия Евгеньевна — медицинский психолог ООО «Уральский медицинский центр».

Адрес для переписки: valerigav@yandex.ru.

МАТЕРИНСКИЙ СТРЕСС ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ КАК ПРЕДИКТОР НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ

УДК 616.89-02-084

О.Б. Есина, А.И. Каменская, А.К. Родюшкина

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Представлено исследование взаимосвязи изменений пищевого поведения матерей на фоне стресса во время беременности и изменений пищевого поведения детей в дальнейшей жизни. В ходе исследования были получены следующие результаты: изменение пищевого поведения во время стресса наблюдается у 81,1 % респондентов, стресс у матери во время беременности подтвердили 60 % респондентов, изменение пищевого поведения у матери во время беременности на фоне стресса отметили 35,6 % опрошенных. На фоне стресса достоверно более высокие шансы развития изменения пищевого поведения (в 5,2 раза) имеют потомки матерей, отмечавших изменение пищевого поведения во время беременности на фоне стресса.

Ключевые слова: беременность, стресс, изменение пищевого поведения.

STRESS IN A MOTHER DURING PREGNANCY AS A PREDICTOR OF CHANGES IN EATING BEHAVIOR IN A CHILD

О.В. Yesina, А.І. Kamenskaya, А.К. Rodyushkina

Urals State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

The paper presents a study on the relationship between the stress of the mother, changes in eating behavior against the background of stress during pregnancy, and changes in the eating behavior of children in later life. In study, the following results have obtain: changes in eating behavior during stress observed by 81.1% of respondents, stress in the mother during pregnancy was confirmed by 60% of respondents, changes in mother's eating behavior during pregnancy against the background of stress in 35.6%. Against the background of stress, the children of mothers who have observed a change in eating behavior during pregnancy with a background of stress have a significantly higher chance of developing an eating behavior.

Keywords: pregnancy, stress, eating behavior change.

Введение

В современном мире проблема питания и пищевого поведения приобретает все большее значение. Особенно актуальна данная проблема для подросткового и юношеского возраста. Нарушения пищевого поведения чаще встречаются у девушек, однако в последнее время у молодых людей они также имеют тенденцию к росту [1].

Высокий уровень тревоги и психоэмоциональных нарушений у женщин во время беременности приводит к тому, что беременные «заедают» проблему и тем самым формируют аналогичный паттерн поведения в стрессовой ситуации и у плода, что, в свою очередь, может привести к изменению пищевого поведения у детей в дальнейшей жизни [2]. Данное поведение можно трактовать как копинг компенсации, который не относится к адаптивным копингам [3].

Цель работы

Изучение изменений пищевого поведения у детей, которые обусловлены онтогенетическими факторами (изменение пищевого поведения матери во время беременности на фоне стресса).

Материалы и методы

На базе кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России проведено исследование случай-контроль методом анонимного анкетирования 89 студентов 5-го курса педиатрического факультета (57 девушек и 22 юноши), средний возраст которых составил $22,6 \pm 3,5$ года, с выделением групп случая и контроля по наличию изменений пищевого поведения.

Качественные параметры были представлены в виде частот встречаемости признаков в процентах от общего числа пациентов, групп случая и контроля. Был рассчитан показатель эпидемиологической статистики — отношение шансов (OR) с доверительным интервалом.

Статистический анализ результатов исследования был выполнен с помощью пакетов программного обеспечения Microsoft Excel и калькулятора для расчета статистических показателей medstatistic.ru.

Результаты и обсуждение

При обработке результатов анкетирования было выявлено, что в сплошной выборке у подавляющего большинства респондентов (81,1 %) отмечалось изменение пищевого поведения во время стресса; лишь 18,9 % опрошенных отрицали изменение пищевого поведения в стрессовой ситуации. Структура изменений пищевого поведения отражена на рисунке 1.



Рис. 1. Изменения пищевого поведения во время стресса у студентов (n=90)

При исследовании семейного анамнеза у 60,0 % опрошенных было выявлено наличие стресса у матерей респондентов во время беременности; незапланированный характер беременности как источник психоэмоционального напряжения матери был выявлен в семейном анамнезе у 38,9 % респондентов. Изменение пищевого поведения у матерей опрошенных было выявлено в каждом третьем случае. Структура изменений пищевого поведения отражена на рисунке 2.

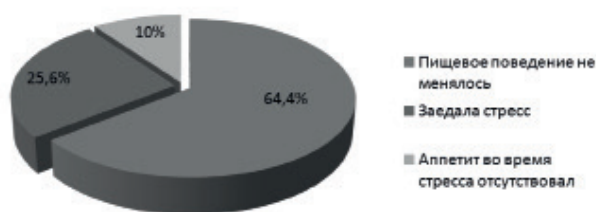


Рис. 2. Изменение пищевого поведения у матерей респондентов во время беременности на фоне стресса (n=90)

Для проведения сравнительного исследования сплошная выборка была разделена на две группы:

- 1) в основную группу были включены 73 респондента, отмечающих у себя изменения пищевого поведения во время стресса;
- 2) в контрольную группу были включены 17 респондентов, отрицающих изменения в пищевом поведении в стрессовой ситуации.

При сравнении групп по наличию в анамнезе факторов риска были получены следующие результаты: в основной группе 61,6 % респондентов отмечали в своем пренатальном анамнезе стресс матери во время беременности; в контрольной группе наличие этого фактора было отмечено у 47% опрошенных. В основной группе незапланированная беременность матери была отмечена у 42,5 %, респондентов; в контрольной группе беременность родителями не планировалась у 23,5% респондентов. В основной группе у 41 % респондентов были отмечены изменения пищевого поведения у матери во время беременности; в группе контроля лишь в 11,8 % случаев отмечались изменения пищевого поведения у матери. Структура изменений в пищевом поведении у матери во время беременности на фоне стресса отражена на рисунке 3.

Для количественной оценки взаимосвязи фактора риска и исхода были рассчитаны отношения шансов (OR) и получены следующие данные: стресс матери во время беременности как фактор риска развития изменений пищевого поведения на фоне стресса у студентов оценива-

ется как OR = 1,8 ДИ (0,6-5,2). Таким образом, шанс развития изменений пищевого поведения на фоне стресса у студентов достоверно выше в 1,8 раза в случае наличия стресса у матери во время беременности. Было также обнаружено, что незапланированная беременность матери как фактор риска развития изменений пищевого поведения у потомков оценивается как OR = 2,4 ДИ (0,7-8,0). Таким образом, шанс развития изменений пищевого поведения на фоне стресса достоверно выше в 2,4 раза в случае, если беременность матери была незапланированной.

Кроме того, изменение пищевого поведения у матери во время беременности на фоне стресса оценивается как OR = 5,2 ДИ (1,1-24,6), то есть в случае изменения пищевого поведения у матери во время беременности на фоне стресса шанс развития изменений пищевого поведения у ее потомка достоверно выше в 5,2 раза.



Рис. 3. Изменение в пищевом поведении у матери во время беременности на фоне стресса

Выводы

В ходе исследования было выявлено, что изменение пищевого поведения во время стресса наблюдается у 81,1% респондентов. При анализе факторов риска достоверно подтверждено повышение вероятности развития изменений в пищевом поведении при наличии в анамнезе изменений пищевого поведения у матерей респондентов во время беременности. Прочие исследуемые факторы не продемонстрировали достоверного влияния на риск развития расстройств. Своевременное выявление у беременных такого неадаптивного поведенческого паттерна, как «заедание стресса», и обучение женщин, ожидающих ребенка, более эффективным способом реагирования на стрессовую ситуацию позволят осуществлять первичную профилактику расстройств пищевого поведения, а также обусловленных этими расстройствами соматических заболеваний.

Литература

1. Пищевое поведение у детей школьного возраста и влияющие на него факторы / В. М. Захарченко, В. П. Новикова, Ю. П. Успенский [и др.] // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2009. – № 4. – С. 268-274.
2. Особенности влияния психоэмоционального стресса во время беременности на формирование пищевого поведения у ребенка / Ж. Р. Гарданова, С. А. Салехов, В. И. Есаулов [и др.] // Research'n Practical Medicine Journal. – 2016. – № 1. – P.132-138.
3. Методика исследования копинг-поведения у больных неврозами (в связи с задачами оценки эффективности психотерапии) / авт.-сост.: Б. Д. Карвасарский, В. А. Абабков, Е. И. Чехлатый [и др.]. – Санкт-Петербург: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 28 с.

Сведения об авторах

Есина Ольга Борисовна — канд. мед. наук, асс. кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: yesinao@mail.ru.
 Каменская Алена Игоревна — студентка 5 курса педиатрического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.
 Родюшкина Анжелика Константиновна — студентка 5 курса педиатрического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

.....

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПОВСЕДНЕВНОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ПОЗДНИХ ДЕМЕНЦИЯХ

УДК 616.899-053.9

М.В. Жмудь², А.П. Сиденкова¹¹Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация;²Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Деменции позднего возраста — актуальная медицинская и социальная проблема. Структура синдрома деменций, помимо облигатных когнитивно-дефицитарных симптомов, включает факультативные психопатологические нарушения и снижение уровня функциональной активности пациента. Целью настоящего исследования является изучение влияния психопатологической структуры деменции позднего возраста на уровень функционирования пациентов. Основные методы исследования — клинический, психометрический, статистический. Результаты исследования показали внемозологическую универсальность структурной гетерогенности синдрома деменции, специфическое влияние каждого из нейро- и психопатологических компонентов синдрома на уровень жизнедеятельности больного.

Ключевые слова: деменция, социальное функционирование.**DISTURBANCES IN ACTIVITIES OF DAILY LIVING IN LATE DEMENTIA****M.V. Zhmud², A.P. Sidenkova¹**¹Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation²Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital, Yekaterinburg, Russian Federation

Dementia of late age is an urgent medical and social problem. The syndrome of dementia includes cognitive symptoms, non-cognitive psychopathological symptoms, and impairment of the patient's daily functioning in the structure. The aim of this study is to study the influence of the psychopathological structure of dementia in late age on the level of functioning of patients. The main research methods are clinical, psychometric and statistical. The results of the study showed that the structure of the dementia syndrome of any nosology retains all components. Cognitive and non-cognitive symptoms specifically affect the parameters of patients' daily functional activity.

Keywords: dementia, social functioning, ADL.**Введение**

Современные всемирные демографические процессы актуализировали медицинские, социальные и психологические явления, связанные со старением населения [1, 2, 3, 4]. Закономерен интерес исследователей к клиническим, фармакоэкономическим, социальным аспектам деменций. Наибольшее внимание уделяется влиянию уровня когнитивного снижения в разных сферах жизнедеятельности пациента с деменцией. Однако «синдромологический ассортимент» [5] деменций разнообразен, при деменции страдают не только когниции, но и другие сферы психической деятельности. Результатами многочисленных современных исследований подтверждено вовлечение в патологический процесс различных нейромедиаторных систем, что приводит к возникновению сложной клинической психопатологической картины деменций [2, 6].

Такое широкое вовлечение разнообразных психопатологических феноменов и динамические свойства ослабляющего процесса определяют влияние каждого из них на уровень функционирования болеющего и способствуют формированию различных вариантов компенсации интеллектуального дефекта.

Цель исследования

Изучение влияния психопатологической структуры деменции позднего возраста на уровень функционирования пациентов.

Материал и методы исследования

В основу настоящей статьи положены результаты исследования 70 пациентов пожилого и старческого возраста согласно возрастной периодизации ВОЗ (1963 г.) с диагностированными психическими расстройствами в соответствии с критериями МКБ-10 (рубрика F 00-09).

Основные методы исследования: клинический, клинко-психопатологический, психометрический, статистический.

Основными инструментами исследования являются «Карта стандартизированного описания лица с когнитивными нарушениями», разработанная в соответствии с задачами исследования, включающая общие анамнестические, структурно-динамические сведения о болезни (на основе стандартизированных шкал MMSE, GDS, NPI-X), оценку уровня функционирования (шкала BRISTOL ADL), эффективность терапии в динамике.

Статистическая обработка полученного материала проводилась с использованием статистической компьютерной программы SPSS, с помощью которой рассчитывались уравнения регрессии (стандартизированный коэффициент регрессии β от +1 до -1).

В настоящей статье приведена часть данного исследования, посвященная анализу болезненных нарушений в структуре когнитивного расстройства, в наибольшей степени влияющих на функциональное состояние больного.

Результаты исследования и обсуждение

Средний возраст лиц с когнитивными нарушениями, включенных в исследование, составил $76,37 \pm 5,75$ года, 47 чел. (67,1%) из них женщины. Распределение больных по нозологической принадлежности представлено в таблице.

Клинико-демографические характеристики участников исследования

Вариант деменции	Количество больных	Средний возраст	Средний балл MMSE	Средний балл GDS	Средний балл BRISTOL ADL
Деменция альцгеймеровского типа пресенильный вариант	8,6% (6 ч.)	65,83±2,42	15,33±0,78	6,25±0,83*	52,1±4,5*
Деменция альцгеймеровского типа сенильный вариант	35,7% (25 ч.)	82,32±4,45	14,36±4,36	6,0±0,33*	49,7±0,45
Постинсультная сосудистая деменция	30% (21 ч.)	77,43±2,99	14,19±2,56	6,32±0,6*	51,3±1,24*
Деменция с тельцами Леви	8,6% (6 ч.)	73,33±1,44	14,0±2,33	5,67±0,44	44,6±2,45
Комбинированная деменция	17,1% (12 ч.)	75,58±5,18	15,25±2,58	5,81±0,46	46,4±5,2

Примечание: * — $p < 0,01$.

Группы исследования были сравнимы по среднему показателю шкалы MMSE. Одновременное использование «Шкалы общего ухудшения» (Global Deterioration Rating, GDR, Reisberg B. Et al., 1982) и «Оценки уровня функционирования» (шкала BRISTOL ADL) показало достоверное различие в социально-бытовом функционировании пациентов с деменциями разных клинических вариантов. Данная «когнитивно-функциональная» диссоциация потребовала оценки влияния других, некогнитивных, психопатологических расстройств на уровень функционирования пациентов.

Клиническое состояние пациентов, помимо когнитивного снижения, было представлено разнообразными психопатологическими нарушениями, наличие которых оценивалось с использованием «Нейропсихиатрического перечня» (Neuropsychiatric Inventory, NPI-X), позволившего составить структурный портрет клинического случая, опираясь на качественные признаки (вид домена), частоту встречаемости и степень выраженности каждого из феноменов. Применение опросника NPI-X помогло оценить нагрузку на ухаживающего со стороны каждого психопатологического нарушения.

Психопатологические особенности деменций

1. Деменции альцгеймеровского типа. В настоящем исследовании деменция альцгеймеров-

ского типа (сенильный и пресенильный вариант) была диагностирована у 44,3 % лиц, включенных в исследование. Общность патогенеза развития деменции альцгеймеровского типа при раннем (пресенильном) и позднем (сенильном) вариантах заключается в нарушении метаболизма белка предшественника амилоида, образовании β -амилоида, обладающего нейротоксичными свойствами, активирующего патологические реакции, результатом которых является повреждение и гибель нейронов. Ретроспективный анализ показал постепенное развитие клинической картины деменций обоих типов. В основе синдрома слабоумия лежал амнестический синдром. Наблюдалось поражение высших корковых функций. Пресенильный тип деменции альцгеймеровского типа отличался более быстрым прогрессированием и ранним присоединением очаговых

Таблица

расстройств, сенильный тип деменции прогрессировал медленнее, характеризовался, главным образом, нарушениями памяти. Клиническая картина болезни Альцгеймера была представлена многослойной симптоматикой, затра-

гивающей все психические сферы. Бредовые расстройства встречались у 32% больных сенильным вариантом БА, носили интерпретативный характер, отличались непродуктивностью, однообразием — преобладали идеи ущерба, воровства, преходящие идеи ревности, отравления — и наблюдались нами у пациентов с сенильным вариантом болезни Альцгеймера. Зрительные галлюцинаторные расстройства выявились у пациентов с глубокой деменцией (8-10 баллов по MMSE) и в 20 % случаев составили основу делирия, развившегося вследствие соматогении. Наиболее частыми и выраженными клиническими нарушениями при позднем варианте болезни Альцгеймера были аберрантное моторное поведение (44%), агитация / агрессия (48 %) и нарушение ночного поведения (54 %). У пациентов с ранним началом ослабляющего процесса клиническая картина альцгеймеровской деменции наиболее часто дополнялась аффективными расстройствами: тревогой (66,7 %), депрессивными переживаниями собственной несостоятельности в случаях меньшей выраженности деменции (средний балл по MMSE 15-17), апатией (50,0 %), агитацией, аберрантным поведением (33,3 %). В целом, независимо от возраста развития деменции альцгеймеровского типа, в клинической картине большой удельный вес занимали поведенческие и аффективные расстройства с проявлениями тревоги, усиливающейся при

расставании с ухаживающим родственником. Поведенческие нарушения чаще наблюдались в случаях тяжелой деменции, проявлялись повторяющимися бесцельными действиями пациента, блужданием, двигательным беспокойством в дневное и ночное время.

2. Сосудистая деменция. В связи с тем, что основным методом диагностики деменций, использованным в данной работе, был клинико-психометрический, в исследование включались пациенты с установленным инсультным анамнезом. Средняя давность инсульта составила $11,80 \pm 3,13$ месяца, 76,2 % (16 чел.) перенесли ОНМК в каротидном бассейне, 23,8 % (5 чел.) — в вертебро-базиллярном бассейне. Средний балл по шкале Хачинского — $8,6 \pm 1,2$. Когнитивные расстройства у пациентов данной группы сочетались с разнообразными аффективными нарушениями, эмоциональной лабильностью, отличались внезапностью появления, ступенчатой прогрессированием. Отличительным признаком являлось наличие очаговой неврологической симптоматики и неврологического дефицита в форме парезов / параличей верхних или нижних конечностей, что явилось одной из причин значительного нарушения бытового функционирования. Психопатологические расстройства были представлены всем спектром расстройств, наиболее частыми из которых были эмоциональное снижение (42 %), беспредметная тревога (40 %), делириозные эпизоды в вечернее и ночное время (33,0 %). Отличительной особенностью психопродуктивных феноменов при сосудистой деменции являлось преимущественное нарушение динамики психических процессов, их лабильность, истощаемость.

3. Деменция с тельцами Леви. В настоящей работе группа пациентов с деменцией с тельцами Леви была немногочисленной, что, вероятно, объяснялось ограниченной исследовательской выборкой. В процессе настоящего исследования диагностика деменции с тельцами Леви основывалась на критериях диагноза «вероятная ДТЛ» в соответствии с Решением Экспертного Международного симпозиума по ДТЛ (McKeith et al., 1996 г.). Деменция, выявленная у лиц данной группы, характеризовалась постепенным началом в раннем сенильном возрасте и появлением уже на начальных этапах заболевания зрительных галлюцинаций (100 %), манифест которых был спровоцирован экзо- или соматогенной. На момент обследования у части пациентов выявлялись тревожно-депрессивные расстройства (80 %), у лиц с когнитивным снижением, достигавшим степени выраженности тяжелой деменции, наблюдалось аберрантное моторное поведение (33,3 %), ажитация (33,3 %), нарушения ночного поведения с психомоторным возбуждением

(83,3 %). Данная психопатологическая картина сопровождалась ранним развитием выраженной вегетативной недостаточности (ортостатическая гипотензия, гипотензия после приема пищи).

4. Комбинированная деменция. Основными причинами комбинированной деменции явилось наличие в анамнезе пациента фактов тяжелой черепно-мозговой травмы и ОНМК (4 чел.); алкогольной болезни, ОНМК (5 чел.); ОНМК, тяжелой ЧМТ и алкогольной болезни (3 чел.). Основу синдрома слабоумия составило дисмнестическое расстройство. В большинстве случаев наблюдалось снижение волевой сферы; у 1/3 пациентов определялись зрительные галлюцинаторные расстройства; у 1/3 выявлялись примитивные бредовые идеи обыденного содержания и малого размаха. Характерным оказалось наличие интрасоматических нарушений с частыми пробуждениями, анозогнозией сна (80,0 %). Когнитивные расстройства у данной группы больных нарастали исподволь, на протяжении нескольких лет, после перенесенного ОНМК прогрессивность интеллектуального снижения возрастала.

Анализ данных показал, что в группах с наибольшим функциональным снижением (пресенильный вариант болезни Альцгеймера, сосудистая деменция, сенильный вариант болезни Альцгеймера) большой удельный вес занимают аберрантное поведение, тревога, ажитация.

В настоящем исследовании оценивалась степень нагрузки каждого болезненного феномена на родственника, ухаживающего за больным с деменцией. Основной трудностью для ухаживающих явилось не только снижение памяти у пациента, но и наличие у него других болезненных нарушений. Регрессионный анализ подтвердил, что наибольшие трудности ухаживающие испытывали при наличии в состоянии больных аберрантного моторного поведения ($\beta = 0,841$), ажитации ($\beta = 0,797$), ночного поведения ($\beta = 0,793$), тревоги ($\beta = 0,789$), что косвенно подтвердило дезадаптивное значение этих психопатологических феноменов на функциональное состояние пациентов.

Выводы

1. Уровень функциональной активности лиц, страдающих деменциями разных клинических вариантов, зависит не только от степени когнитивного снижения, но и от психопатологической структуры синдрома деменции.

2. Наличие тревоги, ажитации, нарушенного ночного поведения, аберрантного поведения снижают уровень функциональной активности больного независимо от нозологической принадлежности деменций.

Литература

1. Рудницкий, В. А. Основные экологические факторы и психическое здоровье / Рудницкий В. А., Семке В. Я. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 1. – С. 128-130.
2. Гаврилова, С. И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. – М.: Изд-во «Пульс», 2003. – 383 с.
3. Яцемирская, Р. С. Социальная геронтология / Яцемирская Р. С., Беленькая И. Г. – М.: «Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС», 2003. – 224 с.
4. Сиденкова, А. П. Психосоциальная модель поздних деменций: автореф. ... дисс. док. мед. наук. – Томск: 2010. – 45 с.

5. Сиденкова, А. П. Болезнь Альцгеймера. Клинические типы. Стадии деменции. Структура синдрома. – Екатеринбург: УГМА, 2012. – 123 с.

6. Блейхер, В. М. Клинико-психопатологическая систематика синдромов слабоумия сосудистого генеза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1967, – № 4. – С. 7-12.

Сведения об авторах

Жмудь Марина Викторовна — врач-психиатр, ГБУЗ СО СОКПБ. Адрес для переписки: pavlukova-zhmud@rambler.ru
Сиденкова Алёна Петровна — д-р мед. наук, доц., зав. кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: sidenkovs@mail.ru

ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ФАКТОР В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

УДК 617-089+159.99

А.Л. Левит², Л.Т. Баранская¹, А.И. Колесник¹

¹Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация,

²Свердловская областная клиническая больница № 1, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье рассмотрено соотношение потребности системы современного здравоохранения в качественных изменениях, обусловленных возрастанием роли профессионала, с ее практической реализацией в деятельности реанимационно-анестезиологического отделения, ведущего областного лечебного учреждения. Проведено исследование синдрома эмоционального выгорания у врачей-анестезиологов как субъективного ответа на профессиональный стресс.

Ключевые слова: человеческий фактор, личность врача анестезиолога-реаниматолога, качество анестезиологического пособия, эмоциональное выгорание.

THE HUMAN FACTOR IN ANESTHESIOLOGY AND THE PROBLEM OF PROFESSIONAL BURNOUT

A.L. Levit², L.T. Baranskaya¹, A.I. Kolesnik¹

¹Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

²Sverdlovsk Regional Clinical Hospital No. 1, Yekaterinburg, Russian Federation

The article examines the ratio of the need of the modern health care system in qualitative changes caused by the increasing role of the professional, with its practical implementation in the activities of the resuscitation and anesthesiology department, the leading regional medical institution. The study of burnout syndrome in anesthesiologists as a subjective response to professional stress was carried out.

Keywords: human factor, the personality of the anesthesiologist-resuscitator, the quality of the anesthesiologist allowance, emotional burnout.

Введение

В процессе глобализации, затрагивающей все стороны и системы современной жизни, происходит трансформация роли человека при выполнении им социальных и профессиональных функций, при становлении его профессиональной идентичности. Среди важных проблем, решение которых обеспечивает качественные преобразования в системе здравоохранения — соотношение личной и социальной перспективы с точки зрения медицинского работника, принимающего решения на каждом этапе своей профессиональной карьеры: остаться ли в данной профессии или выбрать другую, в которой он получит больше возможностей для сохранения и реализации себя, или где его (в его прежней профессии) оценят сообразно его притязаниям.

В докладе Комитета по качеству оказания медицинской помощи (США) «Пересекая пропасть качества — новая система здравоохранения XXI века» было провозглашено настоятельное требование к преобразованию всей современной системы здравоохранения. В частности, указывалось, что между здравоохранением, которое есть, и медициной, которая могла бы быть, лежит не

просто разрыв, а пропасть, обусловленная тем, что существующие в системе здравоохранения рутинные недостатки перекрывают ее потенциальные преимущества. В конце доклада авторы подчеркнули, что до тех пор, пока не будут внесены качественные изменения во все звенья, система здравоохранения работать не будет [1].

По-видимому, все сказанное выше равным образом справедливо для любой современной системы здравоохранения в развитых странах Европы и Азии. Не является исключением и Российская Федерация [2, 3].

Не претендуя в рамках статьи на глобальное рассмотрение проблемы необходимости качественных изменений в практическом здравоохранении, остановимся на рассмотрении данной проблемы в конкретной области медицины — анестезиологии.

По мнению ряда исследователей, анестезиология может рассматриваться в качестве модели профессиональной врачебной деятельности, релевантной для других областей медицинской практики, решающих практические задачи лечения и реабилитации пациентов [3, 4]. В то же время деятельность врачей анестезиологов-ре-

аниматологов имеет специфические задачи и критерии их успешного выполнения, такие, как сохранность жизни пациента, обеспечение минимального психоповреждающего действия наркоза на ЦНС и др.

В современных условиях наиболее важным компонентом любого метода анестезиологического пособия являются человеческие качества анестезиолога и его отношение к безопасности пациента. Традиционно считалось, что должным образом обученный анестезиолог автоматически выполнял все надлежащим образом, а все неблагоприятные исходы «списывались» на несовершенство искусства и науки анестезиологии. Реже неблагоприятные исходы признавались следствием небрежности или некомпетентности некоторых анестезиологов. Сегодня существует более полное понимание, разделяемое большинством профессионалов, что анестезиологи сами по себе как специалисты и как личности должны обладать высокой удовлетворенностью в рамках выбранной профессии, устойчивостью по отношению к окружающей их рабочей обстановке, интересом к самому процессу труда в данной сфере и получению новых знаний.

Отдельной проблемой в работе анестезиолога-реаниматолога является его взаимодействие с коллегами других специальностей. Gaba D.M. & Howard S.K. отмечают, что иногда «даже после проведения предоперационной оценки явное или скрытое давление со стороны хирургов (или других специалистов) в некоторых случаях может вынудить анестезиолога начинать анестезию, несмотря на присутствие серьезных или неконтролируемых медицинских проблем». В ходе рандомизированного опроса анестезиологов-реаниматологов одного из штатов США было обнаружено, что у 49,0 % респондентов возникали ситуации, в которых безопасность пациентов была поставлена под угрозу вследствие давления на анестезиолога, 30,0 % сообщили о сильном давлении со стороны хирургов в ситуации, когда анестезиологи хотели отменить операцию. Примечательно, что 20,0 % согласились с утверждением: «Если я отменю операцию, я могу поставить под угрозу свою дальнейшую работу с этим хирургом». Утверждение «Я изменял свою обычную практику при необходимости ускорения начала операции» у 20,0 % респондентов вызвало ответ «иногда», у 5,0 % — «часто». 20,0 % опрошенных оценили давление хирургов, пытавшихся ускорить введение анестетиков или индукцию, как сильное или интенсивное. При этом в дальнейшем анестезиологи могут чувствовать себя обязанными идти против собственных убеждений даже при отсутствии явного давления со стороны врачей.

Исследования человеческого фактора в анестезиологии-реаниматологии показывают, что внутренние (психологические) причины и внешние (организационные) условия могут оказать существенное влияние на качество выполняемой работы, на работоспособность и профессиональное самоощущение даже высококвалифицированного специалиста. В крайних случаях,

таких как чрезмерная усталость (эмоциональное истощение), ослабление ощущения самокомпетентности (редукция профессиональных достижений), неблагоприятное соотношение внутреннего и внешнего может привести не только к снижению эффективности в работе анестезиолога, но и к необходимости на определенный период «расстаться» с профессией. При этом следует отметить, что практика анестезии требует от специалиста внимательности и квалифицированности, но не запредельной работоспособности: нереально ожидать пика производительности при каждом анестезиологическом пособии.

Цель исследования

Выявить уровень сформированности синдрома эмоционального выгорания у врачей реанимационно-анестезиологического отделения (РАО) СОКБ № 1 г. Екатеринбурга и его влияние на успешное выполнение профессионально значимых задач.

Участники и методы исследования

В исследовании приняли участие 28 врачей-анестезиологов РАО крупнейшего лечебного учреждения Уральского региона, оказывающего высокотехнологичную медицинскую помощь населению Свердловской области «ГАУЗ СО Свердловская областная клиническая больница № 1» (n = 28 чел.). Среди обследуемых 25 лиц мужского пола и 3 женского. Для решения задач исследования были выделены 5 групп врачей в зависимости от стажа работы: у первой группы стаж работы составил более 20 лет (17 чел.); у второй — 16-20 лет (4 чел.); третьей — 11-15 лет (4 чел.); у четвертой — 6-10 лет (1 чел.) и у пятой — стаж работы менее 5 лет (2 чел.). Исследование проводилось анонимно на добровольной основе.

В качестве инструмента исследования была выбрана методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В.В. Бойко, которая показывает высокую валидность выявления эмоциональных перегрузок и профессионального стресса у врачей разных специальностей [9].

Исследование проводилось в рамках соглашения о совместной научно-исследовательской деятельности РАО «СОКБ № 1» и кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Уральского государственного медицинского университета.

Результаты и обсуждение

Понятие «burnout» (выгорание) было введено в науку американским психиатром Х.Дж. Фрейденом в 1974 г. для описания особого расстройства личности у здоровых людей, возникающего вследствие эмоционально насыщенного и интенсивного общения в процессе профессиональной работы с клиентами, пациентами, учениками. В качестве приобретенного синдрома (СЭВ) эмоциональное выгорание обуславливает дисфункциональное состояние, возникающее у работников в профессиональной среде под воздействием длительного психоэмоционального стресса или персональных конфликтов на работе. В МКБ-11 (предусмотрен переход в прак-

тическом здравоохранении с 01 января 2022 г.) профессиональный синдром эмоционального выгорания не классифицируется как медицинское состояние и отнесен к классу «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращение в учреждения здравоохранения».

Синдром эмоционального выгорания является динамическим, развернутым во времени процессом формирования трех последовательных стадий, соответствующих этапам и механизмам развития стресса, и включает психологические и психосоматические аспекты нарушений (табл.).

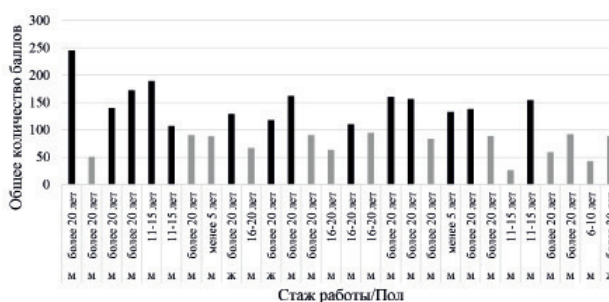


Рис. 2. Распределение общего показателя СЭВ в зависимости от стажа работы (n = 28)

Таблица

Фазы и симптомы синдрома эмоционального выгорания

Фаза стресса	Симптомы
Напряжение	Переживание психотравмирующих обстоятельств
	Неудовлетворенность собой
	«Загнанность в клетку»
	Тревога и депрессия
Резистенция	Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование
	Эмоционально-нравственная дезориентация
	Расширение сферы экономии эмоций
	Редукция профессиональных обязанностей
Истощение	Эмоциональный дефицит
	Эмоциональная отстраненность
	Личностная отстраненность (деперсонализация)
	Психосоматические и психовегетативные нарушения

В процессе обработки полученных результатов для каждого из участников исследования была определена сумма баллов по каждому из 12 симптомов СЭВ. Рисунок 1 показывает подверженность врачей отделения РАО формированию синдрома эмоционального выгорания в зависимости от пола.

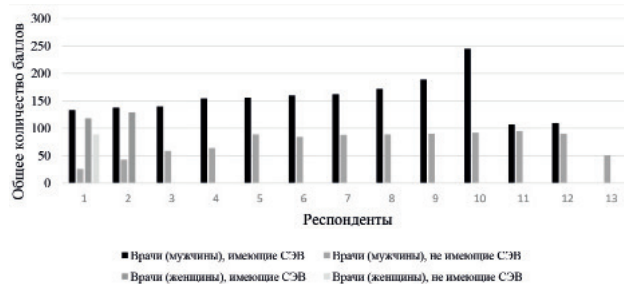


Рис. 1. Соотношение пола респондентов и общего показателя СЭВ (n = 28)

Выявлено, что большинство работников — как среди мужчин, так и женщин — имеют стаж работы более 20 лет. Данные, представленные на гистограмме, позволяют предположить, что СЭВ начинает формироваться у врачей анестезиологов-реаниматологов со стажем работы от 11 лет (рис. 2).

Также была определена сумма баллов отдельно для каждого из 12 симптомов «выгорания» у каждого участника исследования. Полученные результаты указывает на доминирующие симптомы СЭВ у участников проведенного исследования. Такие симптомы отражают наличие всех трех фаз (напряжения, резистенции и истощения) у врачей РАО, имеются во всех фазах СЭВ (рис. 3).

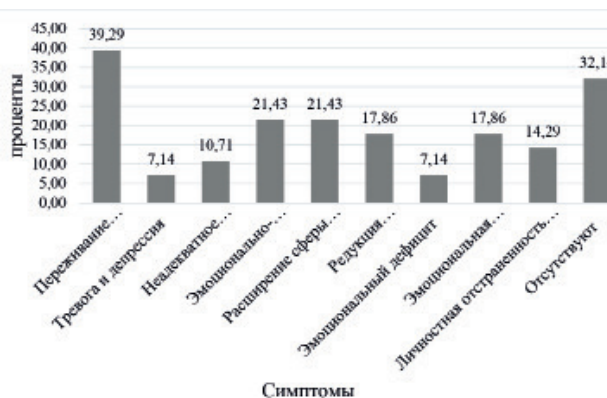


Рис. 3. Симптомы СЭВ у респондентов (n = 28)

Наиболее значимым из симптомов (свойственным 39,0 % обследуемых) оказался симптом «склонность к переживанию психотравмирующих обстоятельств», характерный для фазы напряжения; 21,0 % респондентов указали на «эмоционально-нравственную дезориентацию», столько же — на симптом «расширение сферы экономии эмоций», рассматриваемый в качестве механизма психологической защиты. У 18,0 % наблюдается «редукция профессиональных обязанностей» и/или «эмоциональная отстраненность». Формирование фазы истощения (симптомы «личностная отстраненность (деперсонализация)» и «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование») наблюдается у 4-х специалистов (16,0 %). В то же время у 9 врачей (32,0 %) доминирующие симптомы отсутствуют, что свидетельствует об отсутствии у них актуальных признаков СЭВ.

Фазы формирования синдрома эмоционального выгорания у 68,0 % участников исследования представлены на гистограмме (рис. 4).

В дальнейшем представлено описание всех трех фаз СЭВ, имеющих у врачей отделения РАО.



Рис. 4. Фазы СЭВ, выявленные у респондентов (n = 19)

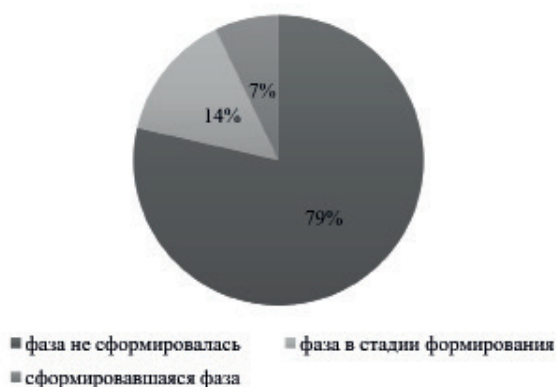


Рис. 5. Фаза напряжения (n = 19)

Большинство врачей (79,0 %) находятся в фазе напряжения (рис. 5). В основном это специалисты-профессионалы мужского пола, имеющие стаж работы более 20 лет. Для них характерны такие симптомы, как «переживание психотравмирующих обстоятельств», «неудовлетворенность собой», «загнанность в клетку», тревога и депрессия. Эти симптомы проявляются в ощущении физических и психологических перегрузок, напряжения на работе, в наличии конфликтов с руководством, коллегами и пациентами.



Рис. 6. Фаза резистенции (n = 19)

Фаза резистенции (рис. 6) является формирующейся у 39,0 % врачей, также в основном у мужчин, но имеется и у врачей-женщин со стажем работы более 20 лет. Необходимо отметить, что данная фаза уже сформировалась как у про-

фессионалов со стажем работы более 20-ти лет, так и у тех, кто только «входит в профессию», у врачей анестезиологов-реаниматологов, мужчин, со стажем менее 5-ти лет. Вероятно, для данной группы молодых врачей анестезиология-реаниматология рассматривается как работа, а не профессиональное занятие.

Симптомы, свойственные данной фазе, отражают совокупность неосознаваемых защитных механизмов, свойственных личности в трудных ситуациях: «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование», «эмоционально-нравственная дезориентация», «расширение сферы экономии эмоций», «редукция профессиональных обязанностей». Наличие данных симптомов указывает на определенную степень профессиональной деформации, дегуманизацию в отношении к труду и к пациентам.



Рис. 7. Фаза истощения (n = 19)

Формирующаяся фаза «истощения» (рис. 7) наблюдается в основном у врачей мужского пола со стажем работы более 20 лет. Сформированная фаза истощения выявлена лишь у 3-х врачей мужского пола также со стажем работы более 20 лет.

В целом полученные результаты свидетельствуют об относительно высокой эмоционально-профессиональной устойчивости врачей анестезиологов-реаниматологов РАО к различным неблагоприятным профессиональным, организационным и социальным воздействиям. Большинство врачей оценивают свою работу как профессиональное занятие, соответствующее способностям и удовлетворяющее жизненные интересы, соотносящиеся с социальной пользой.

Выводы

Качественные изменения в системе современного здравоохранения в первую очередь определяются адаптацией профессионалов к работе в новых условиях, ставящих во главу угла человеческий фактор — личностные качества врача, его ценностно-смысловые и мотивационные характеристики, профессиональную компетентность, стратегии и тактики преодоления рабочего стресса.

Полученные в ходе исследования результаты могут быть использованы при разработке методов профилактики и преодоления эмоционального выгорания врачей любых специальностей.

На уровне управления лечебным учреждением в целях нивелирования факторов риска эмоционального выгорания оптимизация организационной среды должна включать следующие критерии: наличие перспектив для финансового

и карьерного роста врачей, корпоративное развитие и эффективное руководство; эффективный профсоюзный менеджмент; юридическую и административную поддержку врачей.

Литература

1. Baker, A. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century // British Medical Journal. – 2001. – Vol. 323. – P. 1192.
2. Россия в глобализирующемся мире: мировоззренческие и социокультурные аспекты / отв. ред. В. С. Степин. – М.: Наука, 2007. – 640 с.
3. Указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 г. № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года».
4. Миллер, Р. Анестезия Роналда Миллера. В 4-х т. / Р. Миллер; пер. с англ. К. М. Лебединский и З. А. Зарипова; науч. ред. В. В. Субботин и К. М. Лебединский. – СПб.: Человек, 2015. – 3328 с.
5. Incidence and Classification of Nonroutine Events during Anesthesia Care / Liberman J.S., Slagle J.M. [et al] // Anesthesiology. – 2020. – № 133. – P.41-52.
6. Gaba, D. M. Fatigue among clinicians and the safety of patients / Gaba D. M., Howard S. K. // N. Engl. J. Med. – 2020. – № 347 (16). – P. 1249-1255. – Doi 10.1056/NEJMsa020846.
7. Shanafelt, T. Burnout in Anesthesiology: A Call to Action // Anesthesiology January 2011, Vol. 114. P. 1-2. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e318201cf92>.
8. Repeated Cross-sectional Surveys of Burnout, Distress, and Depression among Anesthesiology Residents and First-year Graduates / Sun H., Warner D. O. [et al] // Anesthesiology. – 2019. – Vol. 131. – P. 668-677. – Url: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002777>
9. Бойко, В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других / В. В. Бойко. – М.: Наука, 1996. – 154 с.

Сведения об авторах

Левит Александр Львович — д-р мед. наук, проф., зав. отделением реаниматологии и анестезиологии, ГАУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1». Адрес для переписки: al_levit@mail.ru.
Баранская Людмила Тимофеевна — д-р психол. наук, проф. кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: lubaran@rambler.ru.
Колесник Анастасия Игоревна — студентка 5-го курса лечебно-профилактического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

УДК 616.89

А.А. Мурзакаев^{1,2}, О.Б. Есина¹, А.А. Громова¹, Е.А., Сизикова¹

¹Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

²Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье представлен сравнительный анализ данных по завершённым суицидам, полученным из разных источников без проверки статистической достоверности. Выявлены особенности суицидальных попыток, личностных смыслов и мотивов суицидального поведения 704 пациентов среди всех возрастных групп, совершивших суицидальные попытки на фоне пандемии COVID-19 (во II и III кварталах 2020 г.). Проведено сравнение с контрольной группой, состоящей из 755 пациентов, совершивших суицидальные попытки в IV квартале 2019 г. и в I квартале 2020 г. Выявлено увеличение удельной доли среди совершивших суицидальные попытки такого личностного смысла суицидального поведения, как протест ($p \leq 0,01$), а также таких социальных мотивов суицидального поведения, как материальные трудности ($p \leq 0,001$) и бытовые трудности ($p \leq 0,01$).

Ключевые слова: COVID-19, суицид, социальная изоляция, тревога, депрессия, стресс, пандемия.

SOME FEATURES OF SUICIDAL BEHAVIOR OF THE POPULATION OF THE SVERDLOVSK REGION UNDER CONDITIONS IN THE COVID-19 PANDEMIC

A.A. Murzakaev^{1,2}, O.B. Yesina¹, A.A. Gromova¹, E.A. Sizikova¹

¹Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

²Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital, Yekaterinburg, Russian Federation

The paper presents a comparative analysis of the number of completed suicides from different sources without checking statistical reliability. The features of suicidal attempts, personal meanings and suicidal behavior motives of 704 patients among all age groups who committed suicidal attempts against the background of the COVID-19 pandemic (in the second and third quarters of 2020) identified. Comparisons made with the control group of 755 patients who committed suicide attempts in the fourth quarter of 2019 and in the first quarter of 2020. There is an increase in the proportion of those who committed suicide attempts of such personal meaning of suicidal behavior as protest ($p \leq 0,01$), as well as such social motives of suicidal behavior as material difficulties ($p \leq 0,001$) and domestic difficulties ($p \leq 0,01$).

Keywords: COVID-19, suicide, social isolation, anxiety, depression, stress, pandemic.

Введение

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет пандемию как распространение нового заболевания в мировых масштабах [1]. Именно так 11 марта 2020 г. генеральным директором ВОЗ была охарактеризована вспышка COVID-19 [2]. Меры, предпринятые для предотвращения распространения нового заболевания, оказались беспрецедентными и имели положительный эффект в виде смягчения удара по сфере здравоохранения по всему миру. Но следует отметить и отрицательное влияние пандемии на социально-экономическую сферу жизни общества как в России, так и в мире в целом, что проявилось в росте социально-экономического расслоения общества, так называемых явлений социального исключения и «круга бедности» [3], а также в повышении тревожности, социальной изоляции, одиночества и стигматизации [4].

Начиная с французского социолога конца XIX–начала XX в. Эмиля Дюркгейма, исследователи отмечают обратную пропорциональную связь уровня самоубийств со степенью интеграции социальных групп, к которым принадлежит индивид, а также прямо пропорциональную связь с глубиной экономических кризисов [5].

В современных интегративных теориях суицидального поведения, принадлежащих таким исследователям, как J.J. Mann и Б.С. Положий, отмечено, что наиболее суицидогенными являются такие социально-экономические факторы, как экономический спад, рост безработицы и социальные кризисы [6], то есть явления, наблюдаемые по всему миру во времена пандемии COVID-19 [3], а их влияние на суицидальное поведение осуществляется в соответствии с моделью стресс-диагеза [7].

Однако еще Э. Дюркгейм отмечал, что уровень самоубийств может снижаться во времена национальных бедствий, сплывающих и мобилизующих макросоциальную группу, за счет того, что такой «эффект мобилизации» (не раз встречавшийся в истории России) укрепляет социальные связи. Во время пандемии COVID-19 люди могут также испытать позитивный опыт [8], например, гордость, что проявили жизнестойкость и справились с трудностями. Столкнувшись с бедствием, люди часто альтруистичны и готовы помочь друг другу, испытывая глубокое удовлетворение [9].

В связи с теоретически предсказанными различными возможными вариантами влияния на суицидальное поведение таких существенных макросоциальных факторов, как пандемия COVID-19 и ее последствия, представляется целесообразным не только оценить это влияние на показатели суицидального поведения населения, но и на его структуру, в том числе на личностные смыслы [10] и социальные мотивы суицидального поведения [11].

Цель работы

Выявить особенности суицидального поведения населения на фоне пандемии COVID-19 и связанных с ней мер самоизоляции и самоограничений.

Материалы и методы

Для проверки предположения о возможном повышении уровня завершенных суицидов авторами использованы данные о завершенных суицидах по Свердловской области, полученные от бригад скорой медицинской помощи (СМП) и бюро судебно-медицинской экспертизы (СМЭ). Проведено сравнение предварительных данных о завершенных суицидах от бригад СМП за 10 месяцев 2020 г. и за 10 месяцев 2019 г. Также проведено сравнение уточненных данных о завершенных суицидах от бюро СМЭ за 6 месяцев 2020 г. и за 6 месяцев 2019 г.

Кроме того, с сентября 2019 г. в Свердловской области на базе ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» в рамках пилотного проекта при сотрудничестве с Министерством здравоохранения РФ и с Европейским бюро ВОЗ проводится расширенный мониторинг суицидального поведения населения. В рамках данного мониторинга исследуются многие параметры суицидального поведения, в том числе личностные смыслы [10] и социальные мотивы суицидального поведения [11]. Исследована медицинская документация пациентов, совершивших суицидальные попытки и обратившихся по этому поводу в различные медицинские организации Свердловской области (формы, получаемые от врачей психиатров, по приказу Министерства здравоохранения Свердловской области № 1878 от 24.09.2019 г. [12], в соответствии с которым осуществляется мониторинг). Основную группу составили 704 пациента различных медицинских организаций Свердловской области, совершившие суицидальные попытки на фоне пандемии COVID-19 (во II и III кварталах 2020 г.). Контрольную группу составили 755 пациентов различных медицинских организаций Свердловской области, совершившие суицидальные попытки в IV квартале 2019 г. и в I квартале 2020 г. Контрольная группа состояла из пациентов, совершивших суицидальные попытки в иные сезоны года, чем пациенты основной группы, в связи с проведением расширенного мониторинга суицидального поведения в Свердловской области только с сентября 2019 г.

Использован сравнительный анализ по многим параметрам, получаемым в рамках расширенного мониторинга, с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

По данным, полученным от бригад СМП, за 10 мес. 2020 г. число завершенных суицидов по Свердловской области составило 363 (8,75 на 100 тыс. населения), тогда как за 10 месяцев 2019 г. — 358 (8,64 на 100 тыс. населения). Таким образом, без проверки статистической значимости, по данным СМП, можно отметить некоторое повышение числа завершенных суицидов. Следует отметить, что данные СМП по завершенным суицидам носят предварительный характер и в дальнейшем уточняются по завершении следственных действий и судебно-медицинской экс-

пертизы. Данные бюро СМЭ по завершённым суицидам носят уточненный характер, в силу чего для их подготовки требуется больше времени. Согласно этим данным, число завершённых суицидов по Свердловской области за 6 месяцев 2020 года составило 159 (3,78 на 100 тысяч населения), тогда как за 6 месяцев 2019 года — 231 (5,50 на 100 тысяч населения). Таким образом, исходя из текущих данных нет явного подтверждения гипотезы о возможном повышении числа завершённых суицидов на фоне пандемии COVID-19. Для более обоснованного вывода требуется дальнейшее наблюдение.

Количество суицидальных попыток, зарегистрированных в соответствии с порядком проведения мониторинга суицидального поведения населения Свердловской области, в основной группе составило 704 пациента, тогда как в контрольной группе — 755 пациентов. Полученные данные не поддаются однозначной трактовке. Утверждение об однозначном истинном снижении уровня суицидальных попыток может быть преждевременным, а затруднение получения суицидентами медицинской помощи, в связи с загруженностью медицинских работников помощью больным COVID-19, представляется весьма вероятным.

Наиболее примечательные результаты выявлены в структуре суицидальных попыток, а именно в следующих параметрах: личностный смысл суицидального поведения и социальные мотивы суицидального поведения.

В ходе проведенного исследования среди пациентов, обратившихся в различные медицинские организации Свердловской области после совершения суицидальных попыток, в основной группе протест как личностный смысл суицидального поведения выявлен у 131 пациента (36,19 %, N = 362) из тех пациентов этой группы, которые дали ответ на данный вопрос (следует отметить, каково содержание протеста как личностного смысла суицидального поведения в смысловой типологии суицидов: «Последнее возражение, несогласие со сложившимися обстоятельствами, условиями существования. Чаще всего это пассивная конфронтация, бессильная непримиримость с ситуацией... При более активной и агрессивной личностной установке протест приобретает смысл адресной мести конкретным лицам... хотя бы фактом собственной смерти») [11]. Также в основной группе среди

мотивов суицидального поведения у 49 пациентов (6,96 %, N = 704) были выявлены такие социальные мотивы, как материальные трудности, и у 42 пациентов (5,97 %, N = 704) — бытовые трудности. В то время как в контрольной группе протест как мотив суицидального поведения был выявлен у 79 пациентов (24,84 %, N = 333) из тех пациентов, которые дали ответ на этот вопрос, материальные трудности как мотив суицидальной попытки были выявлены у 16 пациентов (2,12 %, N = 755), а бытовые трудности — у 23 пациентов (3,05 %, N = 755).

Таблица 1
Сравнение характеристик суицидальной попытки основной и контрольной групп (n=695 чел.)

Характеристика суицидальной попытки	Группы сравнения				Разница	t
	Основная (n=362)		Контрольная (n=333)			
	n	%	n	%		
Протест как личностный смысл суицидального поведения	131	36,19	79	24,84	11,35	3*
	Основная (n=704)		Контрольная (n=755)			
	n	%	n	%		
Материальные трудности	49	6,96	16	2,12	4,84	4,7**
Бытовые трудности	42	5,97	23	3,05	2,92	2,8*

Приложение: t — критерий Стьюдента; ** — $p \leq 0,001$; * — $p \leq 0,01$.

Выводы

Таким образом, среди населения Свердловской области не было выявлено достоверных фактов, подтверждающих повышение числа завершённых суицидов и суицидальных попыток. Для более достоверных суждений и умозаключений требуются дальнейшие наблюдения. Были отмечены некоторые изменения структуры суицидальных попыток (личностных смыслов и мотивов суицидальных попыток) в связи с последствиями пандемии COVID-19 и связанных с ней мер. Эти изменения проявляются в увеличении удельной доли среди совершивших суицидальные попытки такого личностного смысла суицидального поведения, как протест ($p \leq 0,01$), а также таких социальных мотивов суицидального поведения, как материальные трудности ($p \leq 0,001$) и бытовые трудности ($p \leq 0,01$).

Литература

1. Пандемический грипп (H1N1): часто задаваемые вопросы, 2009 г. — Url: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/ru/ (дата доступа: 30.11.2020 г.)
2. Пандемия коронавирусного заболевания (COVID-19), 2020 г. — Url: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov> (дата доступа: 30.11.2020 г.)
3. Шеремет, А. Н. Пандемия неравенства. Социально-экономические аспекты и последствия COVID-19 // Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования. — 2020. — № 4. — С. 136-141.
4. Psychosocial Impact of Quarantine Measures during Serious Coronavirus Outbreaks: A Rapid Review / Röhr, S., Müller, F., Jung, F. et al. // Psychiatr Prax. — 2020. — № 47 (4). — P. 179-189. — Doi: 10.1055/a-1159-5562.
5. Дюркгейм, Э. Самоубийство: Социологический Эюд. — М.: Мысль, 1994. — С. 399.
6. Положий, Б. С. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. — 2015. — Т. 6, № 1 (18). — С. 3-8.
7. Mann, J. Neurobiology of suicidal behavior // Nat Rev Neurosci. — 2003. — № 4. — P. 819-828.
8. Wasserman, I. M. The Impact of Epidemic, War, Prohibition and Media on Suicide: United States, 1910-1920 // Suicide Life Therat. Behav. — 1992. — №. 22 (2). — P. 240-254.

9. Любов, Е. Б. Пандемии и суицид: идеальный шторм и момент истины / Любов Е. Б., Зотов П. Б., Положий Б. С. // Суицидология. – 2020. – Т. 11, № 1 (138). – С. 3-38.
10. Кудрявцев, И. А. Смысловая типология суицидов // Суицидология. – 2013. – № 2 (11). – С.3-7.
11. Чистопольская, К. А. Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения / Чистопольская К. А., Ениколопов С. Н., Магурдумова Л. Г. // Суицидология. – 2013. – № 3(12). – С. 26-35.
12. Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области №1878 от 24.09.2019 г. «О совершенствовании мониторинга и профилактики суицидального поведения среди населения в Свердловской области».

Сведения об авторах

Мурзакаев Азат Айдарович — ассистент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России; врач-психиатр ОМКО СОКПБ. Адрес для переписки: murzakaevazat@gmail.com.

Есина Ольга Борисовна — канд. мед. наук, ассистент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: yesinao@mail.ru.

Громова Алена Алексеевна — студентка 5-го курса педиатрического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

Сизикова Елена Алексеевна — студентка 5-го курса лечебно-профилактического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И УРОВЕНЬ АГРЕССИИ ЖЕНЩИН, ВЫЗВАННЫЕ ДИСФОРИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ, КАК ПРЕДИКТОРЫ ДЕЛИНКВЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

УДК 612.662.1 -340.114.6

Г.В. Орлов¹, М.А. Вердиев², В.Н. Коновалова¹

¹Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Российская Федерация

²Казанский юридический институт МВД России, г. Казань, Российская Федерация

В связи с ростом насильственной преступности на современном этапе развития общества внимание исследователей все больше привлекает проблема предикторов агрессивных действий лиц, нарушающих уголовный закон. Предупреждение общественно опасных действий, выявление клинических, социальных и личностных особенностей лиц с психическими расстройствами, а также психопатологических механизмов их поведения являются одной из основных проблем психиатрии. Еще в 1895 г. учеными С. Lombroso и W. Ferrero была установлена связь между криминальным поведением женщины и менструальным циклом. Авторами проведено исследование, направленное на изучение возникновения предикторов делинквентного и агрессивного поведения женщин в разные периоды менструального цикла и выявление закономерностей изменения когнитивного статуса в зависимости от наличия синдрома предменструального напряжения, а также выявление необходимости сочетания медикаментозной и психотерапевтической составляющих в коррекции данного нарушения. В ходе исследования получены данные, свидетельствующие о том, что наиболее эффективным способом совладания с симптоматикой предменструального синдрома стало применение препаратов, относящихся к группе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Установлено, что депрессивный и тревожный компоненты в структуре предменструального синдрома купируются сочетанием фармакологической и психотерапевтической коррекции предикторов социально-опасного поведения женщин, снижают вероятность их делинквентного поведения.

Ключевые слова: женщины, делинквентное поведение, когнитивные функции, агрессивное поведение, предменструальный синдром.

COGNITIVE FUNCTIONAL PECULIARITIES AND AGGRESSION LEVEL IN FEMALES CAUSED BY LUTEIN PHASE DYSPHORIC DISTURBANCE AS PREDICTORS OF DELINQUENT BEHAVIOR

G.V. Orlov¹, M.A. Verdiev², V.N. Konvalova¹

¹Kazan Law Institute of the Russian Interior Ministry, Kazan, Russian Federation

²Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation

Because violent crime has been on the increase at the present stage of development of society, the attention of researchers is more and more attracted by the predictors of aggressiveness of persons violating the law. Prevention of dangerous for society behavior, exposers of clinical, social and personal peculiarities of individuals with psychic disturbances, plus also the psychopathological mechanisms of their behavior is one of the main problems of psychiatry. Way back in 1895, psychiatrists C. Lombroso and W. Ferrero discovered the connection between the criminal behavior of a woman and the menstrual cycle. The authors carried out a research that showed the appearance of predictors of delinquent and aggressive behavior of women at various periods of the menstrual cycle. It also showed the predictability of changes of the cognitive status depending on the presence of the syndrome of premenstrual tension. All this pointed to the necessity of combining the medical and psychotherapeutic factors in the correction of the disturbance. The research has witnessed the fact that the most effective way of coping with the symptomatic of the premenstrual syndrome is the use of drugs from the group of selective inhibitors of the reverse holder of serotonin. It has been established that the depression and anxiety components in the structure of the premenstrual syndrome are cut short by the combination of the pharmacological and psychotherapeutic correction of predictors of socially dangerous behavior of women, thus decreasing the possibility of their delinquent behavior.

Keywords: women, delinquent behavior, cognitive functions, aggressive behavior, premenstrual syndrome.

Введение

Термин «предменструальное напряжение» впервые был предложен R.T. Frank в 1931 г., а «предменструальный синдром» — Greene и Dalton в 1953 г. Однако еще в 1847 г. врач F. Ernst Von Feuchtersleben писал: «менструации у чувствительных женщин почти всегда сопровождаются душевным беспокойством, раздражительностью и унынием» [цит. по 1; С.1-2]. Симптоматика в этом случае представлена эмоционально-аффективными проявлениями, такими как тревога, депрессивные и астено-депрессивные расстройства, эмоциональная лабильность, дисфория, а также вегетососудистыми и обменно-эндокринными нарушениями. Отмечаются нарушения и в пищевом поведении, повседневной психической активности и сексуальной сфере, что подчеркивалось еще в DSM-4 (1994). Тяжелая форма предменструального синдрома (ПМС), в рамках Диагностического и Статистического руководства США (DSM) классифицируется как предменструальное дисфорическое расстройство (ПМДР), ранее она также была известна как предменструальная дисфория или дисфорическое расстройство поздней лютеиновой фазы [2]. Вовлеченность гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, нейротрансмиттеров в патогенезе предменструального синдрома обуславливает отсутствие единой концепции терапевтических подходов, несмотря на всестороннюю изученность данного состояния [1, 2].

Исследователями А.Е. Личко, Н.Я. Ивановым, Л.С. Саблиной, М.М. Мальцевой, В.П. Котовым были предложены разнообразные объяснения корреляции между преступным поведением и менструальным циклом. Ю.Б. Свириной, исследуя связи между работой половой системы и социальным поведением женщины, основывался на исследованиях Л. Вальцелли, доказывающих, что преступления агрессивного характера женщиной были совершены в конце второй фазы менструального цикла. В то же время Т.Б. Дмитриева, К.Л. Иммерман, М.А. Качаева, Л.В. Романенко наиболее адекватными считают указания на опосредствование или «фактор толчка», фактор экзацербации [3, 4, 5]. С.М. Иншаков также утверждал, что на женщин предменструальное напряжение действует как толчок для совершения преступления [6]. В зарубежной литературе имеется большое количество данных о связи предменструального синдрома с правонарушениями (С. Lombroso и W. Ferrero (1895)). Наличие предменструального синдрома используется в ряде стран стороной защиты в суде [7]. В данной ситуации нарушение когнитивного функционирования может приводить к снижению критического отношения к себе при снижении контроля над поведением. В кризисных ситуациях неправильные выводы при снижении контроля над эмоциями могут приводить к возникновению импульсивных действий, появлению агрессивных и аутоагрессивных тенденций, таких как случаи клеptomании, промискуитета, неконтролируемой агрессии, провоцирование конфлик-

тов. Демонстративное нарушение женщинами общепринятых норм, правил поведения и общественной морали происходит с целью снижения и утилизации тревоги и фрустрации.

Таким образом, можно прийти к выводу, что в основе агрессивного и социально опасного поведения в предменструальный период лежит выбор нерациональной стратегии поведения и снижение контроля над эмоциями, что, в свою очередь, обусловлено нарушением когнитивного функционирования и наличием субдепрессивной симптоматики.

В связи с вышеизложенным необходимо точное определение депрессивной и субдепрессивной симптоматики в структуре синдрома предменструального напряжения, а также точная дифференциальная диагностика тяжелой степени ПМС и депрессивного расстройства (S.A. Hartlage [et al.], 2004) [8]. Кроме того, картина клинических проявлений ПМС имеет схожесть и с симптомами, предшествующими менопаузе, паническим расстройствам, дистимии (Т.А. Grady-Weliky, 2003) [9, 10]. Но также существует гипотеза о том, что тяжелая степень ПМС является по своей природе депрессией, усиливающейся в предменструальный период (S.K. Chaturvedi, 1996; J. Endicott, 1999; L. J. Plouffe [et al.], 1993; K.A. Yonkers [et al.], 1995). Ведущие клинические проявления предменструального синдрома очень сходны с симптомами депрессивных и тревожных расстройств, не связанных с менструальным циклом, что создает основу для использования общих принципов лекарственной коррекции (S. Ozeren [et al.], 1997; T.B. Pearlstein [et al.], 1997; Steiner [et al.] 1995, 1997; T.P. Su [et al.], 1997; C. Sundblad [et al.], 1992, 1993). В связи с этим селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (далее СИОЗС) относятся к первой линии фармакологической гормональной терапии ПМС. При приеме СИОЗС в лютеиновую фазу их можно отменять в любой день цикла, а при непрерывном режиме приема следует постепенно снижать дозировку СИОЗС в течение 3-4 недель, чтобы избежать симптомов отмены [12, 13, 14].

Цель исследования

Выявить особенности когнитивного функционирования и уровень агрессивного поведения женщин в разные периоды менструального цикла и закономерности динамики когнитивного статуса в зависимости от синдрома предменструального напряжения (ПМС), а также обосновать необходимость сочетания медикаментозной и психотерапевтической составляющих в коррекции данного нарушения.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 47 обследуемых женщин репродуктивного возраста 18-30 лет (средний возраст составил $23,5 \pm 0,6$ года), которые обратились к врачу-гинекологу поликлиники в связи с различными причинами (дисменорея, альгоменорея, нарушения менструального цикла и др.), отмечавшие у себя

наличие психоэмоциональных и соматических компонентов изучаемого симптомокомплекса в лютеиновую фазу менструального цикла. Группой контроля стали 10 практически здоровых менструирующих женщин, не предъявляющих жалоб в лютеиновую фазу менструального цикла в связи с отсутствием клинических данных за предменструальный синдром. Для подтверждения имеющегося предменструального синдрома и предменструального дисфорического расстройства, исследуемые в течение 2-х месяцев (двух менструальных циклов) заполняли специализированные дневники. Для оценки актуального эмоционального состояния был использован тест М. Люшера, для определения уровня тревожности — тест Спилбергера-Ханина с субшкалами реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ). Оценка уровня внимания проводилась при помощи таблиц Шульте. Когнитивное функционирование определялось набором субтестов из теста Векслера (тест WAIS — Wechsler Adult Intelligence Scale): «понятливость», «сходство», «шифровка»; дополнительно была использована методика «пиктограммы».

В качестве критерия включения стало наличие клинически и анамнестически подтвержденного предменструального синдрома. Критериями исключения стали возраст свыше 30 лет, использование оральных контрацептивов в течение последних трех месяцев и инъекционных контрацептивов в течение последних 6 месяцев; сахарный диабет; курение; артериальное давление более 140/90 мм рт. ст.; коагулопатии; тромбоз и тромбоэмболия в анамнезе, заболевания печени, почек, сердечно-сосудистой системы; гормонпродуцирующие опухоли; злокачественные новообразования в настоящее время или в анамнезе; психические и неврологические заболевания. Статистическая обработка результатов проводилась в операционной среде Windows с использованием статистической программы Statistica 6.0. Распределение количественных признаков оценивалось по критерию Колмогорова-Смирнова. В случае нормального распределения показателя применялись методы параметрической статистики (средняя арифметическая и ее стандартная ошибка, критерий Стьюдента, коэффициент линейной корреляции Пирсона). Для показателей, не имеющих нормального распределения, вычислялась медиана. Достоверность различий количественных показателей оценивалась по критерию Манна-Уитни, а относительных показателей — по χ^2 -критерию Пирсона.

Результаты и обсуждение

В ходе исследования основная группа пациенток, страдающих ПМС и предменструальным дисфорическим расстройством, была разделена на три группы на основании применения ими лекарственных методов совладания с выявленной симптоматикой:

– группа 1 — пациентки принимали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС);

– группа 2 — пациентки принимали нестероидные противовоспалительные препараты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС);

– группа 3 — пациентки использовали фитопрепараты (препараты на основе прутняка обыкновенного (*Agnus castus*)).

По результатам исследования: в структуре респондентов по способам совладания с симптоматикой принимали НПВС — 45 %, принимали НПВС и СИОЗС — 30 %, использовали фитопрепараты — 25 % (рис. 1). Наиболее часто выявлялись такие симптомы, как напряжение, тревога (45 %), лабильность настроения, слезливость (15 %), раздражительность, гневливость, конфликтность (15 %).

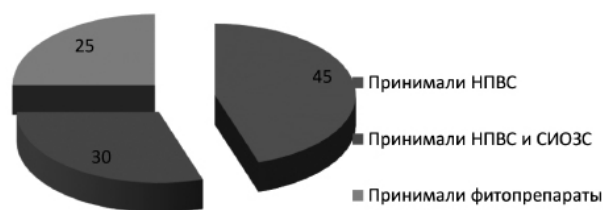


Рис. 1. Распределение пациенток основной группы по способам совладания с симптомами ПМС (в %; n = 47)

Актуальное эмоциональное состояние по результатам теста М. Люшера говорит о наличии повышенной раздражительности и тревоги у лиц основной группы на 25-й день менструального цикла. В группе контроля достоверных различий в выборе предпочтительного цвета не обнаружено.

Уровень когнитивного функционирования у пациенток основной группы исследовался на 10-й и 25-й день менструального цикла на фоне приема препаратов. Полученные данные сравнивались с данными, полученными у респонденток группы контроля (исследование также проводилось на 10-й и 25-й день менструального цикла).

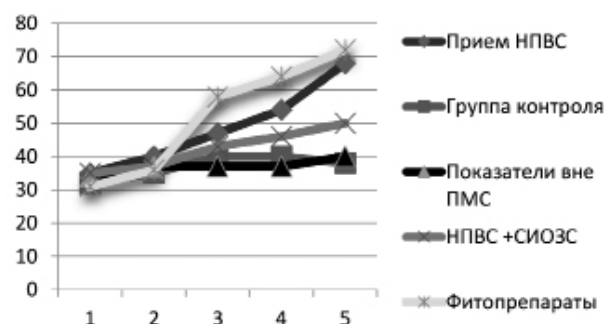


Рис. 2. Сравнительные результаты истощаемости внимания пациенток основной (n = 47) и контрольной (n = 10) групп

По результатам таблиц Шульте (исследование стабильности внимания и динамических характеристик психических процессов), судя по показателям истощаемости (рис. 2), более высокие результаты показали участницы группы контроля (среднее время — $35 \pm 2,5$ сек.) и пациентки основной группы, принимающие в качестве

медикаментозной терапии НПВС + СИОЗС ($39 \pm 1,5$ сек). Наиболее низкие показатели выявлены у пациенток основной группы ($64 \pm 2,1$ сек.), принимающих НПВС и фитопрепараты.

Почти у половины всех пациенток (45,0 %) основной группы по опроснику Спилберга-Ханина выявлен высокий уровень реактивной тревожности (РТ). Наиболее высокие показатели РТ у лиц, принимавших в качестве терапии совладания с симптомами предменструального синдрома — НПВС + СИОЗС (низкие показатели тревожности), выявлены у 48,0 % респонденток (рис. 3).

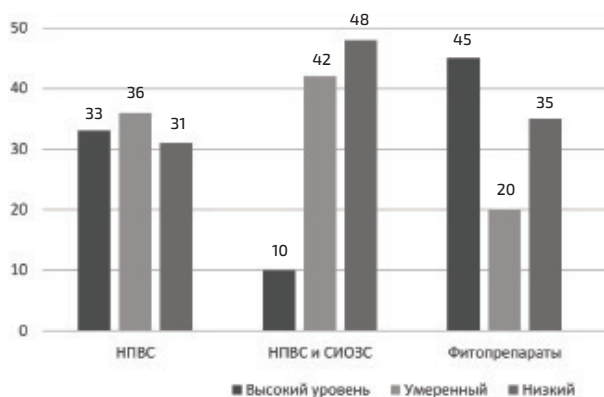


Рис. 3. Уровень реактивной тревожности респонденток в зависимости от способов совладания с симптомами ПМС (%; n = 47)

Уровень личностной тревожности значительно ниже у пациенток вне предменструального синдрома. Достоверных отличий в уровнях личностной тревожности при наличии признаков предменструального синдрома, в том числе в зависимости от способов купирования расстройств, выявлено не было.

В тесте Векслера наилучшие показатели (IQ) получены у участниц контрольной группы (в среднем — IQ = 110), однако сопоставимы с показателями пациенток основной группы, принимающих НПВС + СИОЗС (в среднем — IQ = 98).

Литература

1. Доброхотова, Ю. Э. Современная оценка предменструального синдрома и предменструальных дисфорических расстройств / Доброхотова Ю. Э., Дюкова Г. М., Логинова К. Б. // Вестник РГМУ. – 2010. № 6. С. 40-4.
2. Предменструальный синдром (вопросы патогенеза, клинической картины и лечения) / А. М. Торчинов и др. // Гинекология. – 2010. – Т. 12, № 2. – С. 20-27.
3. Аганезова, Н. В. Предменструальный синдром: биологические и психосоциальные предикторы патогенеза, клиника, обоснование комплексной терапии : автореф. дисс. ... д.м.н. – Санкт-Петербург, 2011. — 372 с.
4. Гомонов, Н. Д. Генезис и особенности криминальной агрессии женщин / Н. Д. Гомонов // Вестник Мурманского государственного технического университета. – 2006. – № 1. – Т. 9. – С. 148-153.
5. Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами / Т. Б. Дмитриева, К. Л. Иммерман, М. А. Качаева, Л. В. Ромасенко. – М. : Медицина, 2003. – 248 с., с. 220-225.
6. Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами / Т. Б. Дмитриева, К. Л. Иммерман, М. А. Качаева, Л. В. Ромасенко. — М. : Медицина, 2003. — 248 с., с. 7, 22
7. Мамайчук И. И. Экспертиза личности в судебно-следственной практике: учеб. пособие / И. И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2002. – 255 с.
8. Гомонов, Н. Д. Генезис и особенности криминальной агрессии женщин / Н. Д. Гомонов // Вестник Мурманского государственного технического университета. – 2006. – Т. 9, № 1. – С. 148-153.; с. 151-152.
9. Hartlage, S. A. Premenstrual Exacerbation of Depressive Disorders In a Community-Based Sample in the United States / Hartlage S. A., Brandenburg D. L., Kravitz H. M. // Journal Psychosomatic Medicine. – 2004. – № 66. – P. 698-706.
10. Grady-Weliky, T. A. Premenstrual Dysphoric Disorder // The New England Journal of Medicine. – 2003. – Vol. 348, № 5. – P. 433-438.
11. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология : учебное пособие / Менделевич В. Д. – М. : МЕД-пресс-информ, 2005. – 432 с.
12. Менделевич В. Д. Гинекологическая психиатрия. – Казань, 1996. – 338 с.

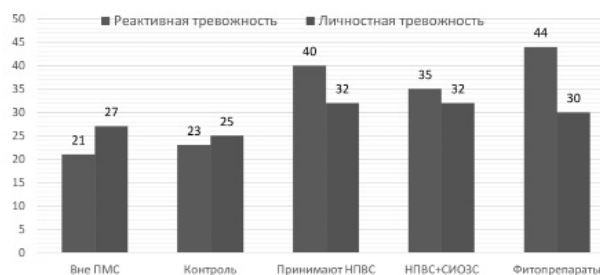


Рис. 4. Соотношение реактивной и личностной тревожности по тесту Спилберга-Ханина (в баллах; n = 47)

Выводы

В результате проведенного исследования было установлено, что наиболее эффективным способом совладания с болезненной симптоматикой при ПМС является схема сочетания НПВС + СИОЗС. Медикаментозные препараты позволяют блокировать изменение когнитивного статуса в лютеиновую фазу и существенно снизить уровень агрессивного поведения женщин в данный период менструального цикла.

Дальнейшая разработка эффективных способов диагностики, лечения и иной коррекции психических расстройств, возникающих в рамках предменструального синдрома, позволит повысить когнитивное и социальное функционирование женщин. В свою очередь, своевременная профилактика и коррекция психоэмоциональных нарушений у женщин в период синдрома предменструального напряжения будет способствовать не только повышению уровня их когнитивного и социального функционирования, но и позволит существенно снизить вероятность совершения деликта, а следовательно, сократит количество преступлений за счет компенсации возникающих состояний. Также стоит учитывать обязательное сочетание фармакологической и психотерапевтической коррекции предикторов социально-опасного поведения женщин в период предменструального напряжения, в том числе и при планировании мер профилактики женской преступности.

13. Отношение к болезни и механизмы психологической защиты у женщин с предменструальным синдромом / Л. И. Вассерман и др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2009. – № 3. – С. 3900-3950.

14. Лекарева, Т. М. Роль половых стероидных гормонов и пролактина в патогенезе предменструального синдрома : автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2007. – 19 с.

15. Полухова, Е. В. Коррекция аффективных расстройств у женщин с тяжелыми формами предменструального синдрома : автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Москва, 2001. – 26 с.

Сведения об авторах

Орлов Григорий Владимирович — канд. мед. наук., ассистент кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: vrah16@yandex.ru.

Вердиев Мурад Агаджанович — ст. препод. кафедры криминалистики, ФГКОУ ВО КЮИ МВД России, подполковник полиции. Адрес для переписки: mister.verdiev2013@yandex.ru.

Коновалова Вероника Николаевна — врач-ординатор кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: nikakonovalova31@gmail.com.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ РАСХОЖДЕНИЯ В ПСИХИАТРИИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ

УДК:616-02: [616-009+616.89]

С.Н. Осколкова

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского, г. Москва, Российская Федерация*

В статье проанализированы диагностические расхождения при катamnестически верифицированных диагнозах «шизофрения» и «расстройство личности» в условиях стационарной судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) и при диспансерном наблюдении (всего 105 человек мужского пола в возрасте от 18 до 56 лет). Во всех случаях отмечались психосоматические или соматические расстройства, занимавшие разное место в оформлении клинической картины. При повторном обследовании наряду с клиническим и динамическим экспериментально-психологическим обследованием применялись краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни и шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера-Ханина. В случаях первичной гиподиагностики шизофрении отсутствовали однозначные признаки эндогенного процесса. Клиническая картина определялась нозологически нейтральными жалобами невротоподобного регистра при недостаточных экспериментально-психологических аргументах. При гипердиагностике шизофрении у лиц с расстройством личности определенное значение имел молодой возраст (до 23 лет), выявлявшиеся в анамнезе интоксикационные психозы с длительным отсутствием критики, отдельные нарушения мышления, эмоционально-волевой сферы, в том числе связанные с психосоматикой. Среди причин обоих вариантов неверного диагноза часто выявлялось самолечение с разным результатом, избирательное снижение критических способностей, диссимуляция, неполный анамнез при высоком уровне тревожности и совпадении субъективной и объективной оценки качества жизни, а в ряде случаев — психопатология, обусловленная опасением COVID-19.

Ключевые слова: диагностические расхождения, психосоматика, причины диагностических ошибок, шизофрения, расстройство личности.

DIAGNOSTIC DIFFERENCES IN PSYCHIATRY IN PSYCHOSOMATIC DISORDERS

S.N. Oskolkova

*National medical research Centre of psychiatry and Narcology, named V.P. Serbsky,
Moscow, Russian Federation*

The article analyzes the diagnostic discrepancies in the follow-up verified diagnoses of "schizophrenia" and "personality disorder" in a stationary forensic psychiatric examination and during dispensary observation (105 males, 18-56 years old). In all cases, psychosomatic or somatic disorders noted occupied various places in the design of the clinical picture. During the second examination, along with clinical and dynamic experimental psychological examination, a short WHO quality of life assessment questionnaire (WHOQoL) used as well as the Spielberger-Khanin Self Trait Anxiety Inventory.

In cases of primary under diagnosis of schizophrenia, there were no clear signs of an endogenous process. The clinical picture determined by nosologically neutral complaints of a neurosis-like register with insufficient experimental psychological arguments. In the overdiagnosis of schizophrenia in persons with personality disorder, young age (up to 23 years old) was of certain importance, as well as intoxication psychoses with a long absence of criticism, some disorders of thinking and emotional-volitional sphere, including those associated with psychosomatics, revealed in the anamnesis. Self-medication with various results, selective decrease in critical abilities, dissimulation, incomplete medical history with a high level of anxiety and the coincidence of subjective and objective assessments of the quality of life, as well as (in some cases) psychopathology due to fear of COVID-19 were often identified among the reasons for both variants of misdiagnosis.

Keywords: diagnostic differences, psychosomatics, misdiagnosis reasons, schizophrenia, personality disorders.

Необходимо помнить, что диагноз больного есть более или менее вероятная гипотеза, которую необходимо постоянно проверять.
С.П. Боткин

Введение

Несмотря на многочисленные исследования, направленные на уточнение диагностических критериев, диагностические расхождения в психиатрии — как в общей, так и в судебной, остаются актуальной проблемой.

В частности, согласно данным НМИЦН им. В.П. Сербского, на протяжении около 40 лет (1980—2019 гг.) одна четверть повторных судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ) расхождется с заключениями первичной экспертизы [1, 2, 3, 4]. Частые диагностические расхождения констатируют отечественные исследователи [5, 6, 7, 8]. Близкие показатели приводят и зарубежные психиатры (Heinz G., 1982; Small J.G., 1985; et al).

Нередко меняются диагнозы лиц, находящихся под диспансерным наблюдением. В последние десятилетия довольно частым явлением стало самолечение с использованием антидепрессантов, транквилизаторов при психосоматических нарушениях и различной базовой патологии [9, 10, 11], что искажает клиническую картину. И в судебной, и в общей психиатрии участились варианты диссимуляции психопатологии и ее объяснения соматическими проблемами [6, 12]. Отмеченные факторы тоже способствуют несвоевременной объективной диагностике, оптимальной терапии и ошибкам заключения СПЭ. Эпидемия COVID-19 оказалась сопряжена с различными факторами, влияющими на возникновение психических, психосоматических расстройств, а также на обострение уже имевшихся.

Цель исследования

Выявление и систематизация основных причин диагностических расхождений в общей и судебной психиатрии при выраженных психосоматических расстройствах.

Материал и методы исследования

При получении информированного согласия обследованы 68 человек в возрасте 18-56 лет, проходивших стационарную СПЭ, и 37 человек, находившихся под диспансерным наблюдением (основные верифицированные диагнозы «шизофрения» — 55 случаев, «расстройство личности» — 50 случаев). В обеих группах выявлялась коморбидная соматическая патология. Длительность катамнеза составляла не менее 11 месяцев.

Методами исследования были клинико-психопатологический, экспериментально-психологический методы (версия ММРП-сокращенный тест МИНИ — СМЛ 65 вопросов), краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (что считается значимым при психопатологии [13]) и шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера-Ханина. Статистическая обработка результатов проводилась согласно Т-критерию Стьюдента для малых групп.

Концепциями исследования был системный

подход к психопатологии, соматическим нарушениям и личностным реакциям, а также целесообразность анализа дифференциально-диагностических сложностей от частных к общим.

Результаты и обсуждение

У всех пациентов в период СПЭ или наблюдения в психоневрологическом диспансере (ПНД) выявлялись или подтверждались соматические расстройства в одном органе (моносистемные) или в нескольких (полисистемные) в разной степени выраженности. Наличие терапевтически резистентных функциональных нарушений в пищеварительной системе, кожных покровах, эндокринопатий, алгические проявления сопровождалось тревожно-депрессивным синдромом, создававшим часть нозологически нейтрального психиатрического фасада.

Первая группа представлена пациентами с начальной гиподиагностикой шизофрении. Она была условно разделена на 2 подгруппы. В анамнезе у пациентов отмечался острый психоз, обычно экзогенно спровоцированный стрессовой ситуацией, тяжелой соматической патологией, употреблением психоактивных веществ (ПАВ) без явлений аддикции. В дальнейшем, в том числе при привлечении к уголовной ответственности, состояние определялось сочетанием резидуальных нестойких идей отношения, нерезко выраженной депрессией с ипохондрическими переживаниями наряду с сенестопатиями, обеспокоенностью, снижением активности, сложностью общения. Некоторые пациенты были убеждены в скорой смерти независимо от выводов СПЭ относительно их вменяемости — «либо в лагере, либо в больнице». В обоих вариантах неизбежность смерти объяснялась убежденностью в неоптимальном лечении соматического заболевания, а разубеждениям в его наличии они не поддавались.

Во второй подгруппе шизофрения в основном имела умеренно-прогредиентное течение. В периоды обострения симптоматика на фоне астено-депрессивного аффекта оживлялась бредовыми ипохондрическими идеями в сочетании с транзиторным ментизмом, идеями ущерба, отношения и параноидной настроенностью. Проявлялись явления деперсонализации, вербализуемые как «превращение непонятно во что», в «мешок с костями», «жилье для паразитов» и др. Это объяснялось различными сенестопатиями — тактильными («ползанием насекомых по телу», «чувством жжения в мозгах», «переливанием крови под кожей» и др.). Во время ремиссий доминирующей была сомато-неврозоподобная симптоматика с явлениями раздражительной слабости, эмоциональной лабильности, обидчивости, неадекватной самооценки. У многих пациентов ремиссия оформлялась тревожной депрессией, жалобами на временное улучшение «неизвестного» или известного заболевания, которое никто не хочет лечить, убежденностью в последующей сложной жизни, даже при благоприятном развитии следственной ситуации. Сенестопатии утрачивали яркость и обсессив-

ный характер. При первичной нозологической квалификации состояния расценивались как расстройство личности, невроз, острая реакция на стресс и др. В 56,5 % случаев (в целом по обеим подгруппам) не было полного анамнеза (пациенты диссимулировали, психологизировали многие расстройства), в медицинской документации содержались данные о многочисленных обращениях к врачам не-психиатрам, указания о выявленной соматической патологии. Большинство пациентов ранее не обращались к психиатрам, хотя многим давались такие советы. Правонарушения охватывали широкий спектр: имущественные, против личности, сексуальные, сочетанные, преимущественно совершенные единолично.

Больным, обследованным в ПНД, диагноз шизофрении обычно устанавливался после периода наблюдения с иной квалификацией расстройств. Важно отметить, что при первичном обращении 48,9 % пациентов были в возрасте 18-23 лет, многие обратились по направлению военкомата. В анамнезе этой группы была соматическая патология, преимущественно моносимптомная, в частности расстройства пищевого поведения, а также школьная дезадаптация, обсессивно-компульсивные расстройства, депрессии невротицического уровня, дисморфомания, а также элементарные обманы восприятия, эпизоды ауто- и гетероагрессии (нанесение самопорезов), эмоциональная лабильность и неадекватность в различных сочетаниях. При клиническом интервью не сразу выявлялись бредовые идеи отношения, транзиторные идеи воздействия, ипохондрического содержания, бредовая мотивация самоповреждений. Анамнез формировался в динамическом наблюдении с первоначальной квалификацией психопатологии в рамках шизотипического расстройства; эмоционально-лабильного расстройства, социально-стрессового расстройства личности, ипохондрического развития, реактивного состояния. Следует отметить, что основная часть пациентов (27 человек) с изначальной гиподиагностикой шизофренией стала наблюдаться в диспансере на фоне пандемии Covid-19, что тоже не способствовало контакту: пациенты боялись заразиться от врачей и других пациентов, но опасениями заражения врачи объясняли часть симптоматики.

Постепенно и в группе пациентов, обследованных при СПЭ и наблюдавшихся в ПНД, удавалось уменьшить стремление к диссимуляции, выявить психологизацию специфических эндогенных расстройств (сложности концентрации внимания, ментизм, транзиторные истинные и/или псевдогаллюцинации, идеи воздействия), установить аутохтонность аффективных колебаний. В той и другой ситуации некоторые опасались усиления психических проблем при рассказе о них. Не все хотели сообщать истинную картину изменения стереотипа жизни: сужение круга общения с утратой друзей, переход от реального общения к виртуальному, уменьшение интересов, изменение диапазона возможных

эмоциональных реакций, периоды страха сойти с ума, определявшего решения, поведение. Существенное дифференциально-диагностическое значение имело экспериментально-психологическое исследование. Ретроспективно статистически чаще, согласно МИНИ-СМИЛ при первом обследовании (первой СПЭ) и первом посещении ПНД, чем при повторном, выявлялись позиции «недостаточно откровенные ответы», «сверхконтроль», «пессимистичность», «эмоциональная лабильность», «тревожность» ($p < 0,05$). При повторном обследовании достоверно чаще были отмечены специфические для шизофрении нарушения мышления (паралогичность, соскальзывания, нецеленаправленность), искажения ассоциативной сферы, эмоциональных реакций (выхолащенность, неадекватность), волевых механизмов ($p < 0,05$). Применение краткого опросника ВОЗ для субъективной оценки качества жизни при ответе на все пункты (суммарный показатель) в 42 случаях составил до 133 баллов — плохое качество (86,1 % пациентов, направленных на СПЭ и 75,7 % наблюдений ПНД); в 8 — от 133 до 180 — среднее качество (13,9 % пациентов, направленных на СПЭ) и в 5 случаях свыше 181 балла — хорошее качество (24,3 % наблюдений ПНД). Таким образом, плохим качеством жизни достоверно чаще, чем средним или хорошим, считали и пациенты, направленные на СПЭ, и наблюдавшиеся в ПНД ($p < 0,05$). Оценка качества жизни как «хорошее» достоверно чаще имела место у молодых пациентов ПНД ($p < 0,05$). Такие данные в сопоставлении с объективными позволили установить, что снижение критических способностей часто было избирательным: при адекватной оценке качества жизни состояние психического состояния и ситуации нарушалось. Это также имело значение при дифференциальной диагностике, однако данный опросник применялся уже при повторном обследовании (повторной СПЭ).

В большинстве случаев при повторном обследовании (СПЭ) применялась и шкала самооценки уровня тревожности, хотя, согласно литературным данным, это считается информативным при анализе психосоматических расстройств при любой психической нозологии [14], несмотря на то, что тревожность является нозологически нейтральным признаком или свойственным пограничным психическим нарушениям. По результатам шкалы Спилбергера-Ханина, достоверных различий в самооценке уровня тревожности между группами с гиподиагностикой шизофрении при СПЭ и в условиях ПНД не выявлено.

Вторую часть исследования представляли случаи первичной гипердиагностики шизофрении при верифицированных расстройствах личности (37 человек при первой СПЭ, 13 — в начале наблюдения в ПНД). В обеих группах в анамнезе отдельных пациентов были транзиторные психотические состояния интоксикационного генеза, но без явлений зависимости. Они включали шизофреноформную симптоматику — кратковременные истинные и псевдогаллю-

цинации, различные по фабуле бредовые идеи (отношения, преследования, заражения, воздействия и др.) на фоне аффекта страха, ауто- и гетероагрессии. У некоторых обследованных ретроспективно выявлялись нарушения сознания, длительно не формировалась полная критика к перенесенному состоянию. При начальном отсутствии комплаенса в отношениях с врачом пациенты психологизировали перенесенное состояние, неохотно сообщали запомнившиеся детали. Феноменологически разнородные проявления дисгармонии личности трактовались как психопатоподобный и неврозоподобный фасад эндогенного расстройства, хотя определялись реакцией личности на ощущение неполноценности из-за соматической патологии, в том числе в сексуальной сфере, недоверием к окружающим. Депрессии расценивались как элемент ремиссии с дефектом. Некоторые пациенты, сознавая неврологические и соматические проблемы, придавали им сверхценное значение, придерживались утрированно щадящего режима. Другие, напротив, считали, что недолго проживут, и следовали гедонистической позиции, вредя здоровью, совершая антисоциальные действия, обусловленные преморбидной асоциальностью. Некоторые пациенты имели длительный криминальный анамнез с различными правонарушениями, направлялись на СПЭ, у 41,5 % диагностировалась шизофрения или шизотипическое расстройство, они проходили принудительное лечение, что играло большую роль в диагностической концепции повторной СПЭ. Ретроспективно происходило уточнение анамнеза, выявлялся четкий соматизированный характер депрессии. Некоторые агравировали трудности мышления, вялость, что могло имитировать дефектное состояние.

Ретроспективно статистически чаще, согласно МИНИ-СМИЛ при первом обследовании (первичной СПЭ) и первом посещении ПНД, чем при повторном, выявлялись позиции «закрытость», «сверхконтроль», «оппозиционность», «эмоциональная лабильность», «состояние стресса», «тревожность» ($p < 0,05$). При повторном обследовании достоверно чаще отмечены специфические для шизофрении нарушения мышления (паралогичность, соскальзывания, нецеленаправленность), искажения ассоциативной сферы, эмоциональных реакций (выхолощенность, неадекватность), волевых механизмов ($p < 0,05$). Применение краткого опросника ВОЗ для субъективной оценки качества жизни при ответе на все пункты (суммарный показатель) в 42 случаях составил до 133 баллов — плохое качество (86,1 % пациентов, направленных на СПЭ, и 75,7 % наблюдений ПНД); в 8 — от 133 до 180 — среднее качество (13,9 % пациентов, направленных на СПЭ) и в 5 случаях свыше 181 балла — хорошее качество (24,3 % наблюдений ПНД). Таким образом, плохое качество жизни, чем средним или хорошим, достоверно чаще считали и пациенты, направленные на СПЭ и наблюдавшиеся в ПНД ($p < 0,05$). Такие данные в сопоставлении с объективными позволили до-

полнительно оценить критические способности обследованных. Снижение критических способностей часто было избирательным: при адекватной оценке качества жизни состояния психического состояния и ситуации нарушалось. Это также имело значение при дифференциальной диагностике, но данный опросник применялся уже при повторном обследовании (повторной СПЭ, а не первом осмотре в ПНД).

Также согласно МИНИ-СМИЛ, при изначальной гипердиагностике шизофрении выявлялись позиции «установочные ответы», «сверхконтроль», «эмоциональная лабильность», «тревожность» наряду с ажитированной депрессией, негативным отношением к врачу ($p < 0,05$). При повторном обследовании достоверно чаще отсутствовали специфические для шизофрении нарушения мышления (хотя и могли отмечаться единичные соскальзывания, искажения ассоциативной сферы), эмоциональных реакций (неадекватность), волевых механизмов с импульсивными реакциями ($p < 0,05$). Выявлялись невысокая стрессоустойчивость, внушаемость. Применение краткого опросника ВОЗ для субъективной оценки качества жизни при ответе на все пункты (суммарный показатель) в 25 случаях составил до 133 баллов — плохое качество (60,1 % пациентов, направленных на СПЭ и 27,0 % наблюдений ПНД); в 2 — от 133 до 180 — среднее качество (5,5 % пациентов, направленных на СПЭ); хорошее качество отмечено не было. Таким образом, плохим качеством жизни, чем средним или хорошим, достоверно чаще считали и пациенты с расстройством личности, направленные на СПЭ, и наблюдавшиеся в ПНД ($p < 0,05$). Оценка качества жизни как «среднее» достоверно чаще имела место у молодых пациентов ПНД ($p < 0,05$). Такие данные в сопоставлении с объективными позволили дополнительно оценить критические способности обследованных. Снижение критических способностей, как и при шизофрении, часто было избирательным: при адекватной оценке качества жизни оценка психического состояния и ситуации нарушались. Как отмечалось выше, данный опросник применялся уже при повторной СПЭ, не первом осмотре в ПНД.

В большинстве случаев не при первом обследовании (СПЭ) применялась и шкала самооценки уровня тревожности, хотя, согласно литературным данным, она считается информативной при анализе психосоматических расстройств при любой психической нозологии [14], хотя тревожность и является нозологически нейтральным признаком или свойственным пограничным психическим нарушениям [15]. По результатам шкалы Спилбергера-Ханина, достоверных различий в самооценке уровня тревожности между группами с гиподиагностикой шизофрении при СПЭ и в условиях ПНД не выявлено.

Оценка качества жизни как «хорошее» достоверно чаще имела место у молодых пациентов ПНД ($p < 0,05$) с гипо- и гипердиагностикой шизофрении.

В большинстве случаев не при первой СПЭ и не при первом осмотре в ПНД при гипердиагностике шизофрении применялась и шкала самооценки уровня тревожности. При верифицированном диагнозе расстройства личности ее данные имели особенно важное значение, причем самооценка уровня тревожности в группе с гиподиагностикой шизофрении при СПЭ достоверно не отличалась от показателя пациентов ПНД. В обеих группах (гипер- и гиподиагностики шизофрении, обследованных в период СПЭ, преобладала высокая личностная тревожность, обусловленная следственно-судебной ситуацией, а также убежденностью в плохом лечении соматической патологии как в психиатрической больнице, так и в местах лишения свободы. У пациентов ПНД при гипо- и гипердиагностике шизофрении феномен тревожности объяснялся возможным ухудшением соматического состояния, в том числе при заболевании COVID-19, и/или психики по неопределенным причинам, из-за неблагоприятной микросоциальной ситуации.

Представляется, что важную роль в дифференциально-диагностическом процессе во всех группах нередко играли данные о самолечении пациентов наряду с соматотропными препаратами-транквилизаторами, антидепрессантами, которые периодически помогали. Это в ряде случаев способствовало точке зрения, что психические расстройства не требовали коррекции нейролептиками, что, в свою очередь, противоречило диагнозу шизофрении или выраженному расстройству личности.

Литература

1. Боброва, И. Н. Анализ экспертных и диагностических расхождений по данным повторных судебно-психиатрических экспертиз / Боброва И. Н., Печерникова Т. П., Герасимова С. М. // Шизофрения (судебно-психиатрический аспект). – М., 1983. – С.29-37.
2. Осколкова, С. Н. Дифференциальная диагностика шизофрении и резидуально-органического поражения головного мозга при психопатоподобных состояниях : автореферат дис. ... док. мед. наук. – М., 1992. – 45 с.
3. Осколкова, С. Н. К вопросу дифференциальной диагностики шизофрении и расстройства личности при атипичной клинической картине у серийной убийцы / Осколкова С. Н., Федорова Т. В. // Практика СПЭ. – 2000. – № 38. – С. 34-45.
4. Шумский, Н. Г. Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике. – СПб. : Гуманитарное агентство «Академический проект», 1997. – 390 с.
5. Нуллер, Ю. Л. Практические аспекты психофармакотерапии: трудности и ошибки // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4, № 1. – С. 46-48.
6. Кондратьев, Ф. В. Судьбы пациентов с шизофренией (клинико-социальный и судебно-психиатрический аспекты). – М. : ЗАО Юстицинформ, 2010. – 401 с.
7. Романов, Д. В. Диагностические ошибки врачей-психиатров при распознавании пограничного расстройства личности // Известия Самарского научного центра РАН. – 2014. – Т. 16, № 5 (4). – С. 1309-1311.
8. Савенко, Ю. С. Анализ ошибок как необходимое направление исследований в психиатрии // Независимый психиатрический журнал. – 2016. – № 2. – С. 7-10.
9. Абрамов, В. А. Основы качественной психиатрической практики / Абрамов В. А., Табачников С. И, Подкорытов В. С. – Донецк-Каштан, 2004. – 248 с.
10. Carras, M. G. Antidepressant use and lifetime history of mental disorders in community sample: results from the Baltimore psychological catchment Area Study / Carras M. G., Eaton W. W., Mojtabai R. // The J. Clin. psych. – 2015. – Vol. 76, № 1. – P. 40-44.
11. Frances, A. Antidepressant Use Has Gone Crazy: Bad News from the CDC // Psychiatric Times. – 2011.
12. Кадина, Т. И Психосоматические расстройства у пациентов с приступообразно-прогредиентной шизофренией в практике судебно-психиатрической экспертизы // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики. – М., 1990. – С. 94-96.
13. Хритинин, Д. Ф. Качество жизни лиц с психическими расстройствами: актуальность и особенности исследования / Д. Ф. Хритинин, О. Е. Коновалов, Д. С. Петров // Психич. здоровье. – 2008. – Т. 6, № 11 (30). – С. 39-43.
14. Батаршев, А. В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности : Практическое руководство по психологической диагностике. – СПб. : Речь, 2005. – С. 44-49.
15. Артемьева, М. С. Клинико-психофизиологические характеристики пациентов с нарушениями пищевого поведения : автореферат дис. ... доктора медицинских наук. – М, 2015. – 53 с.
16. Лебедева, Н. С. Исходы острых атипичных психозов в процессе принудительного лечения // Российский психиатрический журнал. – М., 2003. – С. 24-26.

Ретроспективно, при уточнении анамнеза, выявлялся четкий соматизированный характер депрессии. Некоторые агgravировали трудности мышления, вялость, что могло имитировать дефектное состояние, особенно с учетом патоморфоза шизофрении [16, 17]. У обследованных в период СПЭ и в ПНД нередко отмечалось ухудшение вегетососудистого состояния, алгий, что усугубляло невротоподобные ипохондрические переживания и, соответственно, полиморфность клинической картины. У некоторых пациентов можно было предполагать давно описанное «бегство в болезнь», связанное с социальными проблемами [18].

Выводы

Следуя от частных причин диагностических расхождений к общим, можно сделать вывод, что правильная нозологическая квалификация состояний, определяемых сочетанием диссимуляции многих специфических расстройств, их психологизацией, невротоподобной и психосоматической симптоматикой при неполноте и противоречивости анамнеза для устранения расширительного толкования места психосоматических проявлений в клинической картине требует: 1) клинико-динамического наблюдения, системного анализа психопатологии с учетом личностных особенностей, многофакторного патоморфоза шизофрении, а также применения информативных параклинических данных; 2) изучения психопатологии при наличии соматического неблагополучия с учетом наличия / отсутствия социально-стрессовой ситуации.

17. Колотилин, Г. Ф. Клинико-психопатологический патоморфоз параноидной шизофрении / Колотилин Г. Ф., Яковлева М. В. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – № 3. – С. 64-66.

18. Василевский, В. Г. Случай ошибочной диагностики шизофрении у психопатической личности / Василевский В. Г., Печенкина О. И. // Практика СПЭ. – 2000. – № 38. – С.83-93.

Сведения об авторе

Осколкова Софья Натановна — д-р мед. наук, проф., ведущий научный сотрудник, ФГБУ «НМИЦПН имени В.П. Сербского».

Адрес для переписки: oskolkova.1954@mail.ru

КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ СТАРЕНИИ ЦНС

УДК 616-053.9

**А.П. Сиденкова¹, В.В. Литвиненко¹, Д.А. Хилюк¹,
А.А. Мельник¹, О.В. Сердюк², М.А. Анохина¹**

¹Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

²Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Высокие темпы демографического старения определяют необходимость исследования процесса адаптации и факторов, способствующих либо препятствующих ей, у представителей старших возрастных групп. Проведено выборочное обсервационное исследование 11 женщин, страдающих умеренным когнитивным расстройством гиппокампального типа. У пациентов также выявлены признаки расстройства адаптации, которые сформировались в ответ на некротическое стрессовое событие — выход на пенсию по старости менее 1 года до проведения настоящего исследования. Применены клинический, нейропсихологический, статистический методы исследования. Установлены статистически значимые корреляционные связи между сниженными показателями памяти, речи, гнозиса, праксиса (проявления патологического старения ЦНС) и аффективными симптомами, сформированными в рамках расстройства адаптации.

Ключевые слова: умеренное когнитивное расстройство, нарушение адаптации у пожилых, выход на пенсию, ранние проявления болезни Альцгеймера.

COGNITIVE DYSFUNCTION AS A PREDICTOR OF MENTAL DISADAPTATION IN PATHOLOGICAL AGING OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM

**A.P. Sidenkova¹, V.V. Litvinenko¹, D.A. Khiliuk¹,
A.A. Melnik¹, O.V. Serduk², M.A. Anochina¹**

¹Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

²Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital, Yekaterinburg, Russian Federation

High rates of demographic ageing determine the need to investigate adaptation and the factors contributing to or impeding it in older age groups. The sample observational study of 11 women suffering from mild hippocampal cognitive disorder conducted. Patients also showed signs of adaptation disorder, which formed in response to a non-critical stress event - retirement at old age less than 1 year before this study. Clinical, neuropsychological, statistical methods of research have applied. Statistically significant correlations have established between reduced memory, speech, gnosis, praxis (pathological manifestations of the aging central nervous system) and affective symptoms formed as part of an adaptation disorder.

Keywords: moderate cognitive disorder, impaired adaptation in the elderly, retirement, early manifestations of Alzheimer's disease.

Введение

Одной из наиболее характерных черт глобального старения населения является выраженный рост числа людей 75 лет и старше в популяции пожилых людей [1]. Изменившаяся демографическая ситуация выдвигает проблемы состояния психических функций пожилого и старческого возрастов в ряд наиболее актуальных для современной науки. Результаты клинико-эпидемиологических исследований демонстрируют отсутствие психических отклонений в популяции старше 60 лет лишь у 12,4 % из обследованной популяции. Наиболее распространенными (суммарно до 29-30 %) в старших популяциях оказываются психические расстройства непсихотического уровня, обусловленные раз-

нообразной органической патологией центральной нервной системы; аффективные заболевания различного генеза были выявлены у 23,2 % обследованных; нарушения памяти различной степени выраженности суммарно отмечены у 27,4 % обследованного населения в возрасте 60 лет и старше [2, 3]. Высокая распространенность аффективных нарушений свидетельствует о выраженной дезадаптации пожилых людей, что, с одной стороны, является проявлением уже имеющегося патологического процесса, с другой, способствует замыканию порочного круга, поддерживая механизмы коморбидной психической и соматической патологии [4]. По мнению отдельных авторов, основными критериями дезадаптации являются не только нарушения

социально-коммуникативной деятельности индивида при смене социально-психологических условий его жизнедеятельности (например, выход на пенсию), но и реакции, выходящие за пределы ожидаемых реакций на стресс (агрессия, депрессия, повышенная тревожность и др.) [5, 6]. Причем степень адаптированности индивида определяется как свойствами социальной среды, так и собственными свойствами, и качествами человека, в том числе его познавательной способностью к взаимодействию со средой.

В настоящей статье приведена часть исследования, направленного на анализ влияния когнитивных функций, сниженных в результате болезни Альцгеймера (этап преддеменции), на возникновение расстройства дезадаптации в результате выхода на пенсию.

Материалы и методы исследования

Критерии включения в исследование: 1) диагноз умеренного когнитивного расстройства (в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10) гиппокампального типа (по нейропсихологическому заключению); 2) диагноз расстройства адаптации (продолжительная депрессивная реакция или смешанная тревожно-депрессивная реакция) (в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10); 3) стабильные соматическое и неврологическое состояния с отсутствием признаков декомпенсации сопутствующих соматических расстройств не менее 6 месяцев.

В основу работы положены результаты выборочного обсервационного исследования 11 женщин, страдающих болезнью Альцгеймера с ранним началом, додементный этап. Средний возраст больных составил $56,3 \pm 0,1$ года. Все участницы исследования изменили свой социальный статус в течение года до участия в настоящем исследовании: они вышли на пенсию по старости. Продолжительность жалоб на когнитивное снижение до начала включения в исследование в среднем по группе исследования составила $1,1 \pm 0,2$ года. Средний суммарный балл по шкале MMSE $26,3 \pm 0,4$ балла, что соответствует выраженности умеренного когнитивного расстройства как клинического проявления раннего (додементного) этапа болезни Альцгеймера.

В исследовании применялись клинический, клиничко-психопатологический, нейропсихологический, психометрический, статистический методы исследования. Материал для исследования отбирался методом простого бесповторного отбора. Детальное изучение высших мозговых функций проводилось по методике А. Р. Лурии [7], нейропсихологически оценивались функции речи, гнозиса, праксиса, особенности мнестической сферы. Уровень психопатологических симптомов рассчитывался по результатам заполнения «Нейропсихиатрического опросника» (NPI). Для оценки качества корреляционной связи порядковых непараметрических признаков применялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена (Spearman's Correlation Coefficient — r). При $r < 0$ связь расценивалась как обратно пропорци-

ональная; при $r > 0$ — прямо пропорциональная связь; При $r < 0,2$ — очень слабая связь; при $r = 0,2-0,7$ — связь средняя; при $r > 0,7$ — связь тесная.

Результаты исследования и обсуждение

Формирование симптоматики аффективно-го регистра — снижение настроения, тревога, раздражительность — происходило в течение одного месяца после изменения устойчивого жизненного стереотипа и изменения стабильной социальной роли — выхода на пенсию. Это было расценено как факт подверженности участницы исследования идентифицируемому психосоциальному стрессору, который не представлял собой необычный или катастрофический тип. У 5 из 11 пациенток (45,5 %) расстройство адаптации проявлялось в варианте пролонгированной депрессивной реакции (F43.21). У 6 (54,5 %) пациенток диагностирована смешанная пролонгированная тревожно-депрессивная реакция (F43.22).

В результате исследования когнитивных функций выявлены нарушения отсроченного воспроизведения информации с формированием нерезко выраженного амнестического синдрома, в структуре которого выявлялись начальные нарушения высших мозговых функций, достигавшие степени дисфазии, диспраксии, дисгнозии. Особенно отчетливо были представлены нарушения речи у всех пациенток. Исследование нейролингвистических функций по методике А. Р. Лурии (2002) [7] выявили начальные нарушения моторных компонентов речи — признаки афферентной и эфферентной моторной афазии с трудностью повторной речи при произнесении сложных слов и скороговорок. Обнаружены нарушения номинативной функции речи: затруднения при назывании предметов, амнестические западения, требовавшие подсказки первых букв названия. Пациентки демонстрировали нарушения праксиса (элементы апраксии в виде трудностей повторения поз руки по образцу и значительные дефекты в плавном переключении при выполнении двигательных проб), наблюдалась двигательная растерянность при совершении автоматизированных навыков. Выявлены оптико-пространственные нарушения с трудностями повторения пространственно ориентированных положений рук (пробы Хеда), нарушений в рисунке дома, куба, стола и других объектов с пространственными характеристиками и в расстановке стрелок в пробе «слепые часы». Пациентки высказывали специфические жалобы на снижение зрения, которое объективно не подтверждалось. У двух пациенток отмечалось явление астереогноза с невозможностью с закрытыми глазами узнать предмет на ощупь. Исследование памяти обнаружило сужение объема непосредственного запоминания любого материала, нарушение точности и избирательности при отсроченном воспроизведении, низкую толерантность при интерференции информационного следа. Сохранялся достаточно высокий контроль над деятельностью, больные прилагали активные усилия к концентрации и удержанию

Таблица

Сопоставление корреляционных показателей (Spearman`s Correlation Coefficient — r) уровня когнитивного функционирования, расстройств высших корковых функций и аффективных симптомов в рамках расстройства адаптации у пациентов при раннем типе болезни Альцгеймера

Психопатологические симптомы (NPI)	Афатические расстройства	Расстройства праксиса	Расстройства гнозиса	MMSE
Ажитация/агрессия	0,354**	0,221**	0,355**	-0,566**
Депрессия/дистимия	0,479**	0,014	0,101	0,213*
Тревога	0,203*	0,281*	0,479**	-0,671**
Раздражительность	0,129	0,413**	0,231*	0,191
Афатические расстройства	1,000	0,275	0,487**	-0,812***
Расстройства праксиса	0,275	1,000	0,535**	-0,716***
Расстройства гнозиса	0,487**	0,535**	1,000	-0,697**

Примечание: * — слабая корреляционная связь; ** — средняя корреляционная связь; *** — сильная корреляционная связь.

Выводы

1. У лиц, страдающих ранними проявлениями болезни Альцгеймера (этап преддеменции, умеренное когнитивное расстройство), в результате действия стрессового фактора (выхода на пенсию по возрасту) сформировалось расстройство адаптации депрессивного либо смешанного тревожно-депрессивного типов.

2. Выявлены статистически значимые корреляционные связи между аффективными феноменами (гипотимия, тревога, агрессия, раздражительность) в рамках расстройства адаптации и когнитивными нарушениями (амнезия, афазия, агнозия, апраксия) в рамках начальных проявлений болезни Альцгеймера как частного случая патологического старения ЦНС.

3. Наличие проявлений патологического старения ЦНС снижает адаптацию после подверженности идентифицируемому психосоциальному стрессору, не представляющему собой необычный или катастрофический тип (выход на пенсию по возрасту).

внимания при выполнении заданий. Действия больных в целом носили целенаправленный характер. Пациентки активно жаловались на вознившие трудности.

Результаты корреляционного анализа позволили сопоставить показатели когнитивных функций и представленность аффективных нарушений участников исследования (табл.).

Результаты статистического корреляционного анализа показали наличие корреляционных связей средней силы между значениями MMSE и явлениями ажитации, тревоги. Слабые корреляционные связи были обнаружены между значениями MMSE и проявлениями депрессии / дистимии. Эти данные свидетельствовали о том, что при снижении показателей MMSE, то есть при усугублении когнитивных нарушений, значимо усиливались неспецифические аффективные симптомы в рамках депрессивного или тревожно-депрессивного вариантов расстройства адаптации, связанного с выходом на пенсию. Прямая пропорциональная слабая корреляционная связь между показателями когнитивных функций (MMSE) и развитием депрессии/дистимии свидетельствует о тенденции развития депрессивных нарушений при относительно сохранном когнитивном функционировании.

Анализ качества корреляционных связей между нарушениями высших психических функций (речь, праксис, гнозис) и психопатологическими феноменами аффективного спектра показал прямо пропорциональные средней силы корреляционные связи между расстройствами речи и агрессией, депрессией. Слабая корреляционная связь выявлена между расстройствами речи и тревогой. Выявлены средней силы корреляционные связи между расстройствами праксиса и ажитацией/агрессией, раздражительностью, апатией/равнодушием. Слабые корреляционные связи выявлены между нарушениями праксиса и тревогой. Средней силы корреляционные связи отмечены между нарушениями гнозиса и ажитацией/агрессией, тревогой. Слабые корреляционные связи обнаружались между расстройствами гнозиса и раздражительностью.

Литература

1. Статистический бюллетень Росстат. – М., 2016.
2. Калын, Я. Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дис. ... док. мед. наук. – М.: 2001. – 45 с.
3. Сиденкова, А. П. Когнитивные расстройства позднего возраста — актуальная медицинская, социальная, психологическая проблема современности // Уральский медицинский журнал. – 2010. – № 9 (74). – С.1-4.
4. Сиденкова, А. П. Психосоциальная модель поздних деменций: автореф. дисс. ... док. мед. наук. – Томск, 2010. – 445 с.
5. Сиденкова, А. П. Участие личностно-психологических факторов в развитии расстройств аффективного спектра у пожилых, оказавшихся в условиях длительного семейного стресса // Уральский медицинский журнал. – 2013. – № 7 (112). – С. 5-10.
6. Денисова, Е. А. Особенности социально-психологической адаптации пожилых людей / Денисова, Е. А., Фатхуллина, Е. В. // Концепт. Специальный выпуск. – 2015. – № 28. – ART 75369. – URL: <http://e-koncept.ru/2015/75369.htm>. – ISSN 2304-120X.
7. Лурия, А. Р. Письмо и речь: Нейролингвистические исследования. – М.: ИД «Академия», 2002.

Сведения об авторах

Сиденкова Алёна Петровна — д-р мед. наук, доц., зав. кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: sidenkovs@mail.ru.
Литвиненко Василиса Владимировна — студентка педиатрического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.
Хилюк Дарья Андреевна — ординатор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: dianovada@yandex.ru.

Мельник Алена Александровна — ординатор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: alena.melnik.94@inbox.ru.
Сердюк Олег Викторович — главный врач, ГБУЗ СО СОКПБ. Адрес для переписки: ovs1303@gmail.com.
Анохина Мария Валерьевна — студентка лечебно-профилактического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ МУЛЬТИИНФАРКТНОЙ ДЕМЕНЦИИ В РАЗВИТИИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

УДК 616.892.32

И.В. Степанова, Г.Р. Иванова

*Московский государственный медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова, г. Москва, Российская Федерация*

В статье описаны варианты влияния проявлений мультиинфарктной деменции на развитие агрессивного поведения у пациентов. Исследуемая выборка состояла из 62 испытуемых и была разделена на две группы больных: с агрессивным поведением и без агрессивного поведения в клинических проявлениях. В ходе исследования проводился анализ межгруппового различия по локализации, количеству перенесенных сосудистых катастроф, а также их взаимосвязь и влияние на развитие различных видов агрессии. Результаты исследования позволили определить патогенетическое влияние мультифокального поражения головного мозга на возникновение различных проявлений агрессии.

Ключевые слова: мультиинфарктная деменция, нейропсихические нарушения, сосудистая катастрофа.

PATHOGENETIC ROLE OF MULTI-INFARCTION DEMENTIA IN THE DEVELOPMENT OF AGGRESSIVE BEHAVIOR

I.V. Stepanova, G.R. Ivanova

Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russian Federation

This article is devoted to the study of the influence of multi-infarction dementia on the development of aggressive behavior. The study sample consisted of 62 subjects, which was divided into two groups of patients: with aggressive behavior and without aggressive behavior. The study analyzed the intergroup differences in localization, the number of vascular catastrophes suffered, as well as their relationship to the development of various types of aggression. The results of the study made it possible to determine the pathogenic role of multifocal brain damage on the spectrum of symptoms of aggression.

Keywords: multi-infarction dementia, neuropsychiatric symptoms, vascular catastrophe.

Введение

Психические и поведенческие нарушения, в частности агрессивное поведение, довольно часто наблюдаются у пациентов с сосудистой деменцией [1].

Широкое внедрение основных методов нейровизуализации, таких как компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), способствует получению дополнительных подтверждений органического поражения головного мозга. Помимо этого, они позволяют рассмотреть вероятные причины, приводящие к нервно-психическим расстройствам, их характер, а также получить информацию о структурных особенностях основного патологического процесса в головном мозге [2].

Проведенные ранее исследования нейропсихических симптомов при сосудистой деменции свидетельствуют о том, что сосудистое повреждение в лимбической системе может вызвать экстремально сильные и быстро меняющиеся эмоциональные реакции, включая раздражительность, подавленность и беспокойство [3]. Также имеются данные о том, что лакунарный инфаркт в области головки хвостатого ядра влияет на развитие острых нервно-психических нарушений, в особенности, апато-абулического

синдрома, а при двустороннем поражении — на развитие психомоторного возбуждения с агрессией и депрессией [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11].

В настоящее время имеются публикации, посвященные подробному изучению патогенетических механизмов развития сосудистых деменций с факультативными психическими расстройствами, возникшими в результате повреждения стратегически значимых центров головного мозга и вследствие субкортикальной артериосклеротической энцефалопатии [3, 4].

Однако особенности патогенеза мультиинфарктной деменции и сопровождающих ее психопатологических симптомов остаются до конца не изученными.

Цель исследования

Изучение влияния мультифокального поражения головного мозга при сосудистой деменции на развитие агрессии в двух сравниваемых группах пациентов (с агрессивным поведением и без агрессивного поведения) в зависимости от локализации и количества сосудистых очагов.

Материалы и методы

В основу работы положены результаты обсервационного выборочного поперечного ис-

следования, в котором приняли участие 62 испытуемых с диагнозом «Мультиинфарктная деменция» (F 01.1), установленным по критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10, 1992). Среди пациентов было 29 мужчин (46,8 %) и 33 женщины (53,2 %), в возрасте от 60 до 89 лет, средний возраст составил $74,5 \pm 78,1$ года.

Включенные в исследование пациенты были распределены на основную группу, которую составили 30 человек с агрессивным поведением ($n = 30$), и контрольную группу — 32 человека без агрессивного поведения ($n = 32$).

Виды агрессивного поведения были определены по классификации форм проявления агрессии А. Басса в виде вербальной агрессии, физической агрессии и раздражительности, обнаруженные нарушения подтверждались данными нейропсихиатрического опросника (NPI) (Cummings J.L. [et al.]. 1994).

Основными традиционными методами исследования явились клиничко-анамнестический и клиничко-психопатологический. Психометрическая оценка психопатологического статуса проводилась с помощью Ишемической шкалы Хачинского (Hachinski V.C. [et al.]. 1974) для определения вероятной мультиинфарктной деменции, Краткой шкалы оценки психического статуса (Mini-mental State Examination, MMSE) (Folstein M. [et al.]. 1975) для оценки глобального когнитивного функционирования и Клинической рейтинговой шкалы деменции (Clinical Dementia Rating Scale, CDR) (Morris J.C. 1993) для оценки тяжести деменции. С целью оценки психотических расстройств при деменции была использована оценочная шкала нейропсихиатрического опросника NPI. Для анализа сосудистого поражения головного мозга применялись нейрорентгенологические методы обследования, такие как компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ).

Критериями включения были следующие: диагноз «Мультиинфарктная деменция» (F 01.1), установленный по критериям МКБ-10 с наличием дополнительных психотических симптомов, подтвержденными клиническими признаками и анамнестическими сведениями; возраст от 60 до 89 лет; письменное информированное согласие пациента на участие в исследовании. Дополнительными критериями явились 8 и более баллов по Ишемической шкале Хачинского; 20 и менее баллов по MMSE; от 1 и более баллов по CDR; от 1 и более баллов оценивалась выраженность агрессивного поведения по NPI.

Для рассмотрения органической патологии головного мозга использовались данные инструментальных исследований (КТ, МРТ), которые подтверждали наличие двух и более сосудистых катастроф головного мозга в результате перенесенных инсультов в анамнезе.

В исследование не включались пациенты с другими типами деменции, с ранее установленным диагнозом «шизофрения», с умственной отсталостью, с болезнью Паркинсона, с болезнью Гентингтона, с инфекционными заболеваниями

центральной нервной системы, с демиелинизирующими заболеваниями, с нормотензивной гидроцефалией, с опухолями головного мозга, с наличием декомпенсации сопутствующей соматической патологии, с алкогольным делирием, а также с деменцией, развившейся в результате перенесенной черепно-мозговой травмы.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы IBM SPSS Statistic 23, были применены статистические критерии Колмогорова и Хи-квадрата Пирсона, где уровень достоверности считался при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Оценка влияния сосудистого повреждения головного мозга на развитие нейропсихиатрических симптомов проводилась при изучении рентгенологической картины, полученной при помощи нейровизуализационных методов диагностики (КТ и МРТ).

В таблице 1 показано, что у больных с мультиинфарктной деменцией преимущественно правостороннее поражение наблюдалось у 13 пациентов основной группы (43,3 %) и у 17 пациентов контрольной группы (53,1 %), левостороннее поражение наблюдалось у 16 пациентов основной группы (53,3 %) и у 16 пациентов контрольной группы (50 %). Полученные данные свидетельствуют о том, что статистически значимых различий по преимущественной стороне локализации сосудистых катастроф между основной группой с агрессивным поведением и контрольной группой без агрессивного поведения выявлено не было ($p > 0,05$).

Таблица 1
Межгрупповое различие по преимущественной стороне локализации сосудистых катастроф

Сторона поражения головного мозга	Группы сравнения		Значимость различий
	Основная группа, 30 человек (%)	Контрольная группа, 32 человека (%)	
правосторонняя	13 (43,3%)	17 (53,1%)	$p=0,61^*$
левосторонняя	16 (53,3%)	16 (50%)	$p=0,72^*$

Примечание: * — применялся Хи-квадрат Пирсона.

При анализе взаимосвязи правосторонней локализации сосудистых очагов поражения в основной и контрольной группах были получены следующие результаты: поражение лобной доли справа наблюдалось у 18 пациентов (56,6 %) в группе без агрессивного поведения, и у 12 пациентов (40 %) — в группе с агрессивным поведением, что определяет статистически значимое различие между исследуемыми группами ($p = 0,02$). При поражении других структур головного мозга статистически значимые различия в выборочной совокупности выявлены не были (табл. 2).

Ведущие клинические симптомы при правостороннем поражении лобной доли головного мозга были следующими: у 3 пациентов (4,8 %) наблюдалось депрессивное расстройство в виде

плаксивости с мыслями о нежелании жить, мыслями о том, что они «являются обузой для родных», апатии, поздней бессонницы и снижения аппетита, у 12 пациентов (19,4 %) наблюдались зрительные галлюцинации, несистематизированные бредовые идеи воровства, ограничивающиеся семьей, немотивированная тревога, апатия, нарушение сна в виде частых пробуждений по ночам и снижение аппетита, для 3 пациентов (4,8 %) были характерны апатия, нарушение режима сна и бодрствования, а также частые пробуждения в ночное время.

Таблица 2
Межгрупповое различие по локализации сосудистых катастроф

Правосторонняя локализация сосудистой катастрофы	Группы сравнения		Значимость различий
	Основная группа, 30 человек (%)	Контрольная группа, 32 человека (%)	
Лобная доля	12 (40%)	18(56,2%)	0,02*
Теменная доля	7 (23,3%)	9 (28%)	0,92
Височная доля	3 (10%)	4 (12,5%)	0,63
Затылочная доля	6 (20%)	4 (12,5%)	0,29
Мозжечок	3 (10%)	3 (9,3%)	0,46
Мост	-	1(3%)	0,40
Ствол	1(3,3%)	2 (6,2%)	0,56
Подкорковые ядра	9 (30%)	7 (21,8%)	0,68
Зрительный бугор	-	-	0,35
Таламус	-	-	0,35
Желудочек	2 (6,7%)	2 (6,2%)	0,89

Примечание: * — применялся Хи-квадрат Пирсона; значимость различий $p < 0,05$.

В ходе исследования взаимосвязи левосторонней локализации сосудистых очагов поражения в основной и контрольной группах было выявлено статистически значимое различие при поражении лобной доли слева в основной группе с агрессивным поведением, которое наблюдалось у 13 пациентов (43,3 %), в контрольной же группе — у 5 пациентов (15,6 %), о чем свидетельствуют данные, приведенные в таблице 3.

Основными психотическими симптомами при поражении левой лобной доли явились агрессивное поведение и апатия. У 13 (21,0 %) пациентов агрессия носила как вербальный, так и физических характер, выражаясь в виде оскорблений, использовании нецензурной лексики, замахиваний руками на близких, сопротивления при осуществлении повседневного ухода, также для них была свойственна раздражительность, нетерпимость на фоне апатии, которая фиксировалась при изучении объективного анамнеза, и оценочной шкалой нейропсихиатрического инвентаря NPI. Из них у 3 пациентов (4,8 %) отмечалась немотивированная тревога, у 2 пациентов (3,2 %) наблюдалась депрессия со снижением аппетита и бессонницей, у 1 пациента (1,6 %) имелись бредовые идеи воровства и зрительные галлюцинации.

Таблица 3
Межгрупповое различие по локализации сосудистых катастроф

Левосторонняя локализация сосудистой катастрофы	Группы сравнения		Значимость различий
	Основная группа, 30 человек (%)	Контрольная группа, 32 человека (%)	
Лобная доля	13 (43,3%)	5 (15,6%)	0,02*
Теменная доля	11 (36,7%)	13 (40,6%)	0,92
Височная доля	5 (16,6%)	3 (9,4%)	0,63
Затылочная доля	3 (10%)	8 (25%)	0,29
Мозжечок	1 (3,3%)	4 (12,5%)	0,46
Мост	-	1 (3,1%)	0,40
Ствол	-	1 (3,1%)	0,56
Подкорковые ядра	7 (23,3%)	9 (28,1%)	0,68
Зрительный бугор	-	1 (3,1%)	0,35
Таламус	-	1 (3,1%)	0,35
Желудочек	-	-	0,89

Примечание: * — применялся Хи-квадрат Пирсона; значимость различий $p < 0,05$.

Что же касается оценки межгрупповых различий по количеству сосудистых очагов поражения головного мозга, полученные результаты показывают, что в группе пациентов с агрессивным поведением у 31,1 % обследуемых имеется 4 сосудистых очага головного мозга, у 20,7 % — 5 сосудистых очагов, у 13,8 % — 6 сосудистых очагов, и у 6,9 % — 8 сосудистых очагов. В группе без агрессивного поведения у 35,5 % — 2 сосудистых очага, и у 35,5 % — 3 сосудистых очага (табл. 4). Таким образом, определяется существенное различие между группами исследования, статистическая значимость составляет $p = 0,012$. Такие различия позволяют предполагать, что большее количество сосудистых очагов может являться одной из причин развития агрессивного поведения.

Таблица 4
Межгрупповое различие по количеству сосудистых катастроф

Кол-во сосудистых очагов	Группы сравнения			
	Основная группа, N=30		Контрольная группа, N=32	
	Абс.	%	Абс.	%
2 очага	7	24,1	11	35,5*
3 очага	1	3,4	11	35,5*
4 очага	9	31,1*	1	3,2
5 очагов	6	20,7*	4	12,9
6 очагов	4	13,8*	2	6,5
7 очагов	1	3,4	1	3,2
8 очагов	2	6,9*	1	3,2
9 очагов	-	-	1	3,2

Примечание: * — применялся Хи-квадрат Пирсона; значимость различий $p = 0,012$.

Выводы

В исследуемой выборке были выявлены статистически значимые различия в зависимости от локализации сосудистых катастроф в группах с агрессивным поведением и без агрессивного поведения. При поражении правой лобной доли чаще всего наблюдаются психопатологические симптомы, такие как зрительные галлюцинации, несистематизированные бредовые идеи воровства, ограничивающиеся семьей, немотивированная тревога, апатия, нарушение сна в виде частых пробуждений по ночам и снижение аппетита. При поражении левой лобной доли в клинической картине превалирует агрессивное поведение, характеризующееся вербальной и физической агрессией, раздражительностью, которые сопровождаются апатией. Следует отметить, что результаты данного исследования патогенетической роли сосудистого поражения левой лобной доли в развитии агрессии переключаются с более ранними иностранными публикациями [12, 13], однако в данном исследовании было показано, что поражение левой лобной доли при мультиинфарктной деменции приводит к развитию широкого спектра клинических проявлений агрессивного поведения, которое чаще всего сочетается с апатией, нежели с другими психопатологическими симптомами, что, в свою очередь, определяет развитие эксплозивного варианта энцефалопатического синдрома.

Полученные данные исследования влияния количества сосудистых катастроф на проявление агрессивного поведения позволяют сделать предположение, что четыре и более сосудистых очага поражения головного мозга могут стать одной из причин развития агрессивного поведения у больных с мультиинфарктной деменцией в геронтопсихиатрической практике, что будет тщательно рассмотрено при продолжении исследования.

Полученные данные исследования влияния количества сосудистых катастроф на проявление агрессивного поведения позволяют сделать предположение, что четыре и более сосудистых очага поражения головного мозга могут стать одной из причин развития агрессивного поведения у больных с мультиинфарктной деменцией в геронтопсихиатрической практике, что будет тщательно рассмотрено при продолжении исследования.

Литература

1. Nakajima, K. The relationship between psychiatric symptoms and regional cerebral blood flow in the patients with mild dementia / K. Nakajima, M. Takahashi, M. Tajima [et al] // Psychogeriatric. – 2007. – Vol. 7. – P. 13-14.
2. Деменции: руководство для врачей / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров, А. Б. Локшина [и др.]. – 3-е изд. – М.: МЕД-пресс-информ, 2011. – 272 с.
3. Rivard, M.-F. Introduction to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): A Handbook for Family Physicians / M.-F. Rivard, J. Puxty. – 2 edition. – 2009. – 160 p.
4. Чердак, М. А., Дифференциальный диагноз постинсультных нервно – психических расстройств / М. А. Чердак, В. А. Парфенов, Н. В. Вахнина // Неврологический журнал. – 2013. – № 2. – С. 20-27.
5. Caudate infarcts / L. R. Caplan, J. D. Schmahmann, C. S. Kase [et al]. // Arch. Neurol. – 1990. – Vol. 47. – P. 133-143.
6. Bilateral caudate head infarcts / N. Kuriyama, Y. Yamamoto, I. Akiguchi [et al]. // Rinsho Shinkeigaku. – 1997. – Vol. 37. – P. 1014-1020.
7. Kumral, E. Acute caudate vascular lesions / E. Kumral, D. Evyapan, K. Balkir // Stroke. – 1999. – Vol. 30. – P.100-108.
8. Diagnostic patterns of regional atrophy on MRI and regional cerebral blood flow change on SPECT in young onset patients with Alzheimer's disease, frontotemporal dementia and vascular dementia / A.R. Varma, W. Adams, J. J. Lloyd [et al] // Acta Neural Scand. – 2002. – Vol. 105. – P. 261-269.
9. Stroke-psychosis. Description of two cases / S. Santos, O. Alberti, T. Corbalan, M.T. Cortina // Actas Esp. Psiquiatr. – 2009. – Vol. 37. – P. 240-242.
10. Jorge, R. E. Apathy following stroke / R. E. Jorge, S. E. Starkstein, R. G. Robinson // Can. J. Psychiatry. – 2010. – Vol. 55. – P. 350-354.
11. Bilateral caudate nucleus infarction associated with a missing A1 segment / T. Fukuoka, A. Osawa, Y. Ohe [et al] // J. Stroke Cerebrovascular Dis. – 2012. – Vol. 21. – P. 11-12.
12. Paradiso, S. Self – reported aggressive behavior in patients with stroke / S. Paradiso, R. G. Robinson, S. Arndt // J. Nerv. Ment. Dis. – 1996. – Vol. 184. – P. 746-53.
13. Rosell, D. R. The neurobiology of aggression and violence / D. R. Rosell, I. J. Siever // CNS Spectr. – 2015. – Vol. 3. – P. 254-79.

Сведения об авторах

Степанова Ирина Вячеславовна — аспирант кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО, ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России.
Иванова Галина Романовна — канд. мед. наук, доц. кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО, ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России.
Адрес для переписки: psymgmsu2011@yandex.ru.

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ НА КОГНИТИВНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ И УЧАЩИХСЯ

УДК 159.955

Л.Т. Баранская, А.А. Горбов, Е.Д. Грипич

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье рассмотрены основные подходы к исследованию влияния интернет-технологий, включая особенности современного онлайн-образования, на когнитивную деятельность учащейся молодежи. Проанализирована динамика когнитивных процессов: внимания и памяти у студентов и учащихся — активных пользователей Интернета, а также влияние онлайн-среды на социальное когнитивное реагирование.

Ключевые слова: студенты, интернет, когнитивная деятельность, внимание, память, социальные когниции.

THE IMPACT OF INTERNET TECHNOLOGY ON THE COGNITIVE ACTIVITIES OF STUDENTS

L.T. Baranskaya, A.A. Gorbov, E.D. Gripich

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The article explores the main approaches to researching the impact of Internet technologies, including the features of modern online education, on the cognitive activities of young students. The dynamics of cognitive processes: attention and memory are analyzed in students, which are the active Internet users, as well as the impact of the online environment on social cognitive response.

Keywords: students, the Internet, cognitive activities, attention, memory, social cognitions.

Введение

Среди ценностных приоритетов современной техногенной культуры особое место занимает развитие информационной сферы. Ведущую роль в происходящих изменениях играет Интернет, поскольку является самой распространенной и наиболее быстро внедряемой технологией в истории человечества. Более чем за три последние десятилетия Интернет полностью изменил традиционные подходы к поиску информации, взаимодействию со СМИ и индустрией развлечений, люди научились по-новому управлять социальными связями и отношениями. С появлением смартфонов доступ к Интернету стал простым, легким и повсеместным [1, 2, 3, 4].

Широкое использование Интернета во всем мире дало возможность многим людям освоить огромное количество новых знаний, умений и способов когнитивного и социального функционирования. Кроме того, Интернет является новейшей платформой для практически бесконечного изучения новой информации и сложных процессов, относящихся как к реальной действительности, так и онлайн-миру. Современные интернет-технологии позволяют изучать второй язык [5], приобретать новые двигательные навыки [6], готовиться к экзаменам, писать рефераты, статьи и научные работы [7].

В последнее время появляется большое количество статей, в которых обсуждаются широкие возможности использования интернет-технологий в образовании. Это и видеосвязь, и применение мультимедийных презентаций, и возможность наглядной визуализации проводимых лабораторных работ и математических расчетов. Дистанционные образовательные технологии позволяют преподавателям освободить время, ранее занятое проверкой учебных заданий, бла-

годаря использованию электронных тестов и письменных ответов с ключевыми словами [8, 9, 10]. Внедрение Интернета в учебный процесс позволяет студентам осуществлять все более сложные учебно-исследовательские проекты [11, 12, 13, 14].

Интернет-технологии оказались наиболее востребованными в период пандемии COVID-19, которая привела к крупнейшему за всю историю сбою в функционировании системы образования, затронувшему почти 16 миллиардов студентов и школьников в более чем 190 странах и на всех континентах [15]. В то же время кризис послужил стимулом для инноваций в образовании. Для обеспечения непрерывного обучения и качественной профессиональной подготовки студентов стали применяться новые подходы: от телетрансляций учебных занятий (лекций, семинаров и т.п.) до предоставления комплектов материалов для обучения на дому. В вузах дистанционное обучение приняло форму трансляции записанных лекций и работы с онлайн-платформами, но вместе с тем возникла проблема: как упорядочить программы работы на семестр и весь учебный год, поскольку некоторые дисциплины могут более успешно преподаваться в удаленном формате, в то время как для других предметов это невозможно [15].

Несмотря на пристальное внимание исследователей к вопросам роли интернет-технологий в современном образовании, до сих пор остаются недостаточно изученными потенциальные позитивные и негативные эффекты тесной взаимосвязи Интернета с когнитивными процессами у студентов и учащихся. Анализ таких белых пятен позволит выявить ключевые направления будущих исследований, цель которых — поиск новых идей для минимизации негативного воздействия

Интернета и использование его возможностей для формирования благоприятных нейрокогнитивных изменений и, в отдельных случаях, реализации «когнитивного резерва» личности.

Цель работы

Выявить влияние интернет-технологий, используемых в современном образовательном процессе, на когнитивную деятельность студентов и учащихся, на их когнитивную деятельность в условиях профессионального онлайн-обучения.

Методы исследования

В статье представлен обзор отечественных и зарубежных научных публикаций, посвященных исследованию влияния Интернета и интернет-технологий на когнитивную деятельность студентов и учащихся. Анализу подверглись научные публикации из баз данных PubMed, Cyberleninka, e-Library, Medline. В анализ включены мета-анализы, систематические обзоры, исследования «случай-контроль», когортные исследования. Применены общенаучные методы теоретического познания.

Результаты и обсуждение

В процессе вузовского обучения и завершения школьного образования учебная деятельность студентов и учащихся требует развитой способности и привычки к значительной интеллектуальной нагрузке, к интенсифицированным процессам восприятия и переработки информации в достаточно ограниченные временные периоды, что обусловлено учебными программами и недостатком времени. В условиях виртуальной учебной действительности высокие требования предъявляются ко всем основным когнитивным функциям личности: а) к возможностям внимания, поскольку нарастающий поток онлайн-информации требует распределения внимания между многочисленными источниками вместо поддержания его устойчивой концентрации; б) к процессам памяти, так как наличие огромного и повсеместно доступного виртуального источника информации отменяет традиционный подход к получению, хранению и ценности знания; в) к социальному познанию, связанному с возможностью воспроизводить и поддерживать социальные процессы реального мира в виртуальной социальной среде и создающему новые аспекты взаимосвязи Интернета и социальной жизни, включая я-концепцию и самооценку человека [4, 16, 17, 18].

Среди исследуемых когнитивных функций особый интерес вызывает влияние Интернета на внимание субъекта образовательной деятельности и отдельные характеристики этого «сквозного» познавательного процесса, безусловно определяющего процессы восприятия, памяти, сознания и деятельности человека [19].

Интернет, как наиболее распространенная технология, ежедневно поглощает существенную долю внимания человека. Подавляющее большинство студентов и старших школьников выходят в Интернет каждый день, а многие

из них родились и выросли в мире, изначально подключенном к Интернету. Подобная привязанность к Интернету отчасти объясняется тем, что интернет-технологии стали неотъемлемым и высокофункциональным аспектом современной жизни.

В то же время технологические компании «эксплуатируют» аттрактивный потенциал Интернета путем совершенствования аспектов, наиболее привлекающих внимание пользователей и удерживающих высокую вовлеченность аудитории, при этом без какого-либо научного обоснования таких технологий и анализа их влияния на ментальное благополучие пользователей. В результате у значительной части потребителей Интернета в течение короткого времени сформировалась привычка непродолжительно, но регулярно проверять гаджеты на предмет поступления информации из социальных сетей или от личных контактов. Формирование режима подкрепления «информационного вознаграждения» способствует закреплению компульсивного поведения интернет-пользователей [19, 20].

На когнитивное развитие может влиять широкий диапазон психических состояний. По данным исследователей, студенты младших курсов более положительно, чем старшекурсники, относятся к онлайн-образованию; у последних же возрастает потребность в консультационном общении. В целом, студенты всех курсов положительно реагируют на работу в сети Интернет, на электронные учебники, в то же время и на информацию, интересно и доступно представленную преподавателем [11].

Исследователи подчеркивают, что влияние стажа интернет-деятельности на эффективность attentionных способностей школьников 14-16 лет проявляется в изменении объема, устойчивости, переключения и распределения внимания: при интернет-деятельности учащегося до полутора лет его attentionные особенности отличаются более высокой эффективностью по сравнению с аналогичными показателями остальных сверстников. Более длительное онлайн-образование приводит к снижению показателей устойчивости, объема и точности, переключения и распределения внимания школьников данного возраста [21].

Одним из наиболее значимых последствий, которое оказывает влияние на когнитивную деятельность студентов и учащихся, является нарушение способности к концентрации внимания. Как отмечают исследователи, современные цифровые технологии формируют поколение, которое «легко отвлечь», поскольку необходимость взаимодействовать с несколькими источниками информации одновременно ведет к поведенческому шаблону усвоения на поверхностном уровне и росту привычки отвлекаться на несущественные раздражители внешней среды [22, 23]. Получены убедительные результаты эмпирических исследований, свидетельствующие о том, что нарушение концентрации внимания влияет на другие аспекты когнитивной деятель-

ности, в частности, на усиленную активность в правых префронтальных областях, которые обычно активизируются в ответ на отвлекающие раздражители [24, 25].

Лонгитюдные исследования [26, 27, 28] выявили, что регулярное чрезмерное потребление молодыми людьми интернет-технологий выступает предиктором развития дефицита внимания, прежде всего, в подростковом возрасте [27], которое может оказывать негативное влияние на когнитивное развитие личности в целом из-за снижения ее учебной и социальной активности и отсутствия у нее творческого мышления [29, 30].

Аналогичным образом Интернет влияет на системы и процессы памяти постоянных пользователей. По данным отечественных авторов, при освоении интернет-технологий в течение первых полутора лет эффективность мнемонических способностей школьников 7-11 класса снижается, а решение виртуальных задач свыше трех лет приводит к овладению эффективными способами запоминания (мнемотехниками), которые становятся менее разнообразными и более автоматизированными [31]. В то же время получение информации при помощи Интернета и возможность онлайн-доступа к информации создает ситуацию, при которой люди помнят, скорее, то, где можно получить факты, но не факты сами по себе, что формирует зависимость от Интернета при поиске информации и существенно снижает семантическую (системную смысловую) память [32, 33]. Как показали исследования, выполненные в том числе с помощью fMPT, сниженная способность к воспроизведению информации, полученной из Интернета, обусловлена снижением вентрального («что») потока во время сбора информации онлайн и недостаточным задействованием участков головного мозга, отвечающих за долговременное сохранение информации. Вероятно, такая же картина (сохранная активация дорсального потока «где» и снижение активации вентрального потока «то») наблюдается при чтении лекций в режиме онлайн. Полученные результаты свидетельствуют о том, что интернет-технологии в значительной мере предназначены для хранения фактологической информации и позволяют использовать «высвобожденные» когнитивные способности для решения творческих задач.

Вместе с тем установлено, что мышление старших школьников и студентов — активных пользователей Интернета — характеризуется более высокой эффективностью на протяжении первых полутора лет в отличие от тех, кто реже обращается к интернет-технологиям. Однако в дальнейшем с увеличением стажа пользования интернет-ресурсами положительная интеллектуальная динамика практически отсутствует, что обусловлено проблемами развития долговременной памяти и извлечением хранящейся в ней информации [34].

За последнее десятилетие резко возросла доля социальных взаимодействий человека, происходящих онлайн, через социальные сети. Студенты и учащиеся ощутили это особенно сильно

в период вынужденной социальной изоляции, обусловленной пандемией COVID-19. С одной стороны, мотивация при использовании социальных сетей во многом схожа с потребностью в общении, характерной для социальных взаимодействий в реальном мире; однако, с другой, возникает вопрос: можно ли говорить о том, что эти две формы общения существенно различаются влиянием на социальный интеллект молодых людей?

Важное свойство онлайн-сетей состоит в побуждении индивидов к поддержанию множества слабых социальных связей. Последние, требуя значительных возможностей ассоциативной памяти, обычно не нужны в реальном мире, но в виртуальном необходимы для формирования навыков социальной перцепции и вербальной коммуникации, оказывающих значимое влияние на развитие энторинальной области, связанной с восприятием многообразия в человеческом обществе [27].

В то же время в онлайн-среде также существуют социальные ограничения и границы социальной активности, обусловленные тем, что социальные структуры индивидов находятся под управлением ограниченных когнитивных возможностей, т.е. имеют непосредственное отношение к состоянию медиальной префронтальной коры, оказывающей влияние на социальную успешность или неуспешность индивида [35].

В то время как в реальном мире принятие и отвержение носят неоднозначный характер и остаются открытыми для их самостоятельной интерпретации, на социальное поведение индивида в онлайн-пространстве существенное влияние оказывает склонность к восходящим социальным сравнениям [36]. Зависимость от радикальных восходящих социальных сравнений, с которыми нечасто можно столкнуться в реальной жизни, провоцирует нереалистичные ожидания, приводит к нарушению образа тела, способствует формированию негативной я-концепции у молодых людей.

Среди возможных психологических причин возникновения негативных эмоций в процессе онлайн-обучения — нереализованное чувство единения, невостребованность в творчестве. В ситуации традиционного обучения такие недостатки устранялись во время аудиторных занятий с преподавателем. В этой связи актуализируются вопросы о роли личности преподавателя высшей школы, способного эффективно спроектировать подобные занятия онлайн, что определяется уровнем его профессиональной компетентности, духовной и психоэмоциональной заинтересованностью, а также владением вопросами образовательного менеджмента [37].

Важное воспитательное значение в процессе профессионального образования имеет создание индивидуальной траектории для каждого студента и учащегося, возможности для построения которой имеются благодаря построению информационных систем, в основе которых лежат алгоритмы анализа когнитивной деятельности и перспектив ее развития.

Выводы

По мере того как интернет-технологии становятся все более интегрированы в процесс обучения и профессионального образования, меняются способы получения информации, построенной на основе процессов внимания, памяти, мышления, и средства общения людей друг с другом.

В дальнейшем лонгитюдном исследовании предполагается проследить / определить / вы-

явить позитивное и негативное влияние интернет-технологий на устойчивость и концентрацию внимания, долговременную память, социальный интеллект, индивидуальное сознание и самосознание молодых людей.

Ситуация пандемии COVID-19 и необходимость перехода на профессиональное онлайн-обучение поставили новые, невидимые раньше вопросы качества высшего образования.

Литература

1. Pew Research Center. Internet and broadband fact sheet // Pew Research Center. – 2018.
2. Perrin, A. About a quarter of US adults say they are 'almost constantly' online / Perrin A., Jiang J. // Pew Research Center. – 2018.
3. Anderson, M. Teens, social media & technology 2018 / Anderson M. Jiang J. // Pew Research Center. – 2018.
4. The "online brain": how the Internet may be changing our cognition / Firth J, Torous J, Stubbs B. [et al] // World Psychiatry. – 2019. – № 18 (2). – P. 119-129.
5. Second-language learning and changes in the brain / Oosterhout L, Poliakov A, Inoue K. [et al] // J. Neurolinguistics. – 2008. – № 21. – P. 509-521.
6. Scholz J, Klein M.C., Behrens T. [et al]. Training induces changes in white-matter architecture. // Nature Neurosci. – 2009. – № 12. – P.1370-1378.
7. Temporal and spatial dynamics of brain structure changes during extensive learning / Draganski B., Gaser C., Kempermann G. [et al] // J Neurosci. – 2006. – № 26. – P. 6314-63177.
8. Куприянов, Р. Б. Система мониторинга динамики образовательных успехов обучающихся на основе алгоритмов интеллектуального анализа данных // Информатизация образования и методика электронного обучения. – Томск : Сибирский федеральный университет, 2018. – С. 188-192.
9. Балашова, Ю. В. Актуальные вопросы теории и практики открытого дистанционного образования: педагогика и психология / Балашова Ю. В., Овсянников В. И. // Качество дистанционного образования. Концепции, проблемы, решения (EDQ-2008) : Материалы X Междунар. науч.-практ. конференции. – М. : МГИУ. – 2008. – С. 23-27.
10. Балашова, Ю. В. Психологические особенности применения электронных средств в дистанционном обучении. – М. – МГУ им. М.А. Шолохова. – 2009. – 152 с.
11. Малахова, О. Н. Мониторинг психических состояний студентов в условиях дистанционной и аудиторной образовательной коммуникации / Малахова О. Н., Жученко О. А. // Педагогика и психология открытого дистанционного образования. – Томск : Томский гос. ун-т, 2017. – № 4 (68). – С. 5-12.
12. Ратанова, Т. А. Особенности интеллектуального развития студентов при дистанционном обучении / Ратанова Т. А., Балашова Ю. В. // 10 лет направлению «Психология» СГА: Психологическую науку в практику : Материалы науч.-практ. конференции (Москва, 6 ноября 2008 года). – М. : Изд-во СГУ, 2015. – С. 300-307.
13. Choy, S. Learner expectations and experiences: An examination of student views of support in online learning / Choy S., McNickle C., Clayton B. – Url: <http://reprints.quit.edu.au/7250/IZ7250.pdf>. (Дата обращения: 29.01.2021).
14. Андреев, А. А. Дистанционное обучение: сущность, технология, организация / Андреев А. А., Солдаткин В. И. – М. : МЭСИ, 1999. – 196 с.
15. Концептуальная записка: Образование в эпоху COVID-19 и в последующую период / ООН. – 2020. – 32 с. – Url: [Policy_brief_education_during_covid-19_and_beyond_russian.pdf](https://www.un.org/ru/development/desa/policy/policy_brief_education_during_covid-19_and_beyond_russian.pdf).
16. Attentional scope is reduced by Internet use: a behavior and ERP study / Peng M., Chen X., Zhao Q. [et al]. // PLoS One. – 2018. – № 13. – P. e0198543.
17. Ward, A. F. Supernormal: how the Internet is changing our memories and our minds. // Psychol. Inq. – 2013. – № 24. – P. 341-348.
18. The structure of online social networks mirrors those in the offline world / Dunbar R. I., Arnaboldi V., Conti M. [et al] // Soc. Net. – 2015. – № 43. – P. 39-47.
19. Дормашев, Ю. Б. Психология внимания / Дормашев Ю. Б., Романов В. Я. – М. : Тривола. – 1995. – 352 с.
20. Skinner, B. F. Operant behavior // Am. Psychol. – 1963. – № 18. – P. 503-515.
21. Черемوشкина Л. В. Интернет-активность как фактор влияния на когнитивные способности старших школьников // Вестник Московского университета. Серия 20. Педагогическое образование. – 2013. – № 1. – С. 94-114.
22. How teens do research in the digital world / Purcell K., Rainie L., Heaps A. [et al.] // Pew Research Center. – 2012.
23. Ophir, E. Cognitive control in media multitaskers / Ophir E., Nass C., Wagner A.D. // Proc. Natl. Acad. Sci. – 2009. – № 106. – P. 15583-15587.
24. Uncapher M. R. Minds and brains of media multitaskers: current findings and future directions / Uncapher M. R., Wagner A. D. // Proc. Natl. Acad. Sci. – 2018. – №115. – P. 9889-9896.
25. Media multitasking is associated with distractibility and increased prefrontal activity in adolescents and young adults / Moissala M., Salmela V., Hietajärvi L. [et al.] // NeuroImage. – 2016. – № 134. – P. 113-121.
26. Rideout, V. J. The Common Sense census: media use by tweens and teens. – San Francisco : Common Sense Media Inc. – 2015. – 104 p.
27. The relationship between media multitasking and attention problems in adolescents: results of two longitudinal studies / Baumgartner S. E., van der Schuur W. A., Lemmens J. S. [et al] // Hum. Commun. Res. – 2017. – № 44. – P. 3-30.
28. Kwon, S. J. Difficulties faced by university students with self-reported symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder: a qualitative study / Kwon S. J., Kim, Y., Kwak, Y. // Child. Adolescent. Psychiatry Ment. Health. – 2018. – 12. – <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0218>. (Дата обращения: 01.02.2021).
29. Altmann, E. M. Momentary interruptions can derail the train of thought / Altmann E. M., Trafton J. G., Hambrick D. Z. // J. Exp. Psychol. Gen. – 2014. – № 143. – P. 215-226.
30. Inspired by distraction: mind wandering facilitates creative incubation / Baird B., Smallwood J., Mrazek M. D. [et al] // Psychol. Sci. – 2012. – № 23. – P. 1117-1122.
31. Могилева, В. Н. Особенности когнитивных процессов дистанционного обучения. – Url: http://www.ict.edu.ru/vcont7index.php?avconf&cgetForm&rthesisDesc&dlight&idsec9&id_thesis (Дата обращения: 01.02.2021).
32. Sparrow, B. Google effects on memory: cognitive consequences of having information readily available / Sparrow B., Liu J., Wegner D. M. // Science. – 2011. – № 333. – P. 776-778.
33. Wegner, D. M. Transactive memory: a contemporary analysis of the group mind / In: Mullen B., Goethals GR (Eds).

Theories of group behavior. Basel : Springer Nature, 1987. – P. 185-208.

34. Лучинкина, И. С. Когнитивные механизмы коммуникативного поведения в интернет-пространстве // Научный результат. Педагогика и психология образования. – 2018. – Т.4. – № 3. – С.56-70. – Doi: 10.18413/2313-8971-2018-4-3-0-6.

35. Crone, E. A. Media use and brain development during adolescence / Crone E. A., Konijn E. A. // Nat. Commun. – 2018. – № 588. – <https://doi.org/10.1038/s41467-018-03126-x>. (Дата обращения: 01.02.2021).

36. Do social network sites enhance or undermine subjective well-being? A critical review / Verduyn P., Ybarra O., Résibois M. [et al] // Soc. Issues Pol. Rev. – 2017. – № 11. – P. 274-302.

37. Гаранина, О. Д. Информационная природа когнитивной деятельности человека / Гаранина О. Д., Козлов А. И., Сарычев В. А. // Научный вестник МГТУ ГА. – 2013. – № 5 (191). – С.35-40.

Сведения об авторах

Баранская Людмила Тимофеевна — д-р психол. наук, проф. кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: lubaran@rambler.ru.

Горбов Александр Андреевич — студент 5 курса лечебно-профилактического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

Грипич Екатерина Денисовна — студентка 5 курса лечебно-профилактического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

ЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ И НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ НАРУШЕНИЙ ЧТЕНИЯ

УДК 159.963+159.963.383

А.З. Васильева, Н.В. Епанешникова, А.А. Пашков

Южно-Уральский государственный университет, г. Челябинск, Российская Федерация

В статье представлены различные подходы к систематизации нарушений чтения — от неклинических вариантов, выявляемых при различного рода исследованиях, до собственно нозологических форм расстройств чтения как примера специфических расстройств развития учебных навыков. Представлены существующие в мире базовые системы письменности как возможный предиктор нарушений чтения и отражены некоторые современные представления о дислексии в материалах отечественных и зарубежных исследований. Показана необходимость учета лингвистических аспектов письменности при нейробиологическом подходе в исследовании дислексии.

Ключевые слова: дислексия, системы письменности, нейробиологический подход, VWFA (область визуальной формы слова).

LINGUISTIC AND NEUROBIOLOGICAL APPROACHES TO STUDYING READING DISORDERS

A.Z. Vasilyeva, N.V. Epaneshnikova, A.A. Pashkov

South Ural State University, Chelyabinsk, Russian Federation

The article describes the classification concepts of the systematization of reading disorders - from nonclinical variants detected in various studies, to nosological forms of reading disorders proper as an example of specific disorders of the development of educational skills. The basic systems of writing existing in the world are presented as a possible predictor of reading disorders and some modern ideas about dyslexia are reflected in the materials of domestic and foreign studies. The need to take into account the linguistic aspects of writing in the neurobiological approach in the study of dyslexia is shown.

Keywords: dyslexia, writing systems, neurobiological approach, VWFA (visual word form area).

Введение

В современном мире значимость способности человека читать трудно переоценить. Огромное количество информации человечество генерирует и обрабатывает с помощью письменной речи. Чтение способствует как становлению личности отдельного индивида, интеграции его в социум и культуру, так и развитию всего общества в целом. По выражению Р. Солсо, «чтение — это сложное волевое усилие, при котором от читающего требуется построить осмысленный образ из набора линий и кривых, которые сами по себе не имеют смысла. Организуя эти стимулы так, чтобы получились буквы и слова, читающий может затем извлечь из своей памяти значение. Весь этот процесс занимает долю секунды, и он просто поразителен, если учесть, сколько в нем

участвует нейроанатомических и когнитивных систем» [1].

В связи с бурным развитием нейровизуализационных технологий особая роль в изучении процесса чтения отводится исследованиям процессов нейрокогнитивной обработки текста, выполняемым в рамках так называемого нейробиологического подхода. В настоящее время в международных базах цитируемых научных работ (Scopus, ScienceDirect, Web of Science, NCBI и др.) содержится много информации о такого рода исследованиях на основе языков, использующих латинскую письменность. Значительно меньше работ, посвященных проблемам чтения, на языках, использующих кириллицу и, тем более, арабское письмо и иероглифические системы письменности.

В то же время выявление этнических, культурно-, лингвистически- и т.п. модулируемых стратегий нейрокогнитивной обработки текста может послужить основой для определения более точных этиологических оснований такого рода исследований. Прежде всего это касается одной из самых распространенных форм патологии чтения — дислексии.

Цель работы

Выявить и определить этиопатогенетические механизмы нарушений квалифицированного чтения как одной из ключевых компетенций современного человека и осуществить теоретический поиск способов преодоления этих нарушений.

Дискуссия

Дислексия обобщенно понимается как нарушение способности бегло и точно читать текст и понимать его смысл.

В связи с тем, что квалифицированное чтение является одной из ключевых компетенций современного человека, проблема определения этиопатогенетических механизмов нарушений чтения и поиска способов их преодоления стала важным направлением исследовательского поиска в когнитивных нейронауках.

При этом клинический аспект проблемы связан с необходимостью дифференцирования собственно дислексии, включенной в состав нарушений, выявляемых при различного рода исследованиях речи и голоса (рубрики R47-R49 МКБ-10), в качестве одной из форм нарушений узнавания и понимания символов и знаков (R48). В то же время среди диагностических критериев клинически значимых расстройств психологического развития (рубрики F8-F81 МКБ-10) обособленно выделяются «специфические расстройства развития учебных навыков» (F81), включающие в себя в том числе специфическое расстройство чтения (F81.0), проявляющееся в трех видах — «отсталое чтение», дислексия развития и специфическое отставание в чтении. При этом ведущим критерием при вынесении диагноза такого расстройства является невозможность его объяснения исключительно снижением интеллекта, проблемами остроты зрения или неадекватным обучением в школе. Относительным отличительным признаком расстройств группы R48 от нарушений группы F81.0 является наличие в анамнезе у детей с нарушениями психологического развития различных проблем освоения навыков речи или языковой лексики (т.е. составляющих собственно дислексии в понимании критериев раздела R48). Как следствие, на первый план в клинической картине этого варианта расстройств развития учебных навыков выходят нарушения навыков чтения и узнавания читаемого слова, речевого навыка чтения и выполнения других задач, требующихся при чтении. Вторично это расстройство сочетается с длительной сохраняющимися трудностями правописания, не редуцирующимися даже в случае достижения прогресса в освоении чтения.

Существующие варианты нарушения чтения по этиологическому основанию разделяются на следующие типы [2, 3, 4]:

1. Дислексия развития (первичная дислексия) — специфическое нарушение чтения, обусловленное врожденной дезорганизацией мозговой области визуальной формы слова (visual word form area, VWFA, анатомически — средней части веретенообразной извилины левого полушария).

2. Вторичная дислексия — обширная группа неспецифических нарушений чтения, возникших в результате разнообразных нарушений высших психических функций, сенсорных и моторных дефицитов, нарушений речи, задержки психического развития, умственной отсталости.

3. Алексия — группа нарушений чтения, возникших в результате органического поражения головного мозга.

Следует отметить наличие нескольких подходов к методологии изучения этиопатогенеза нарушений чтения и к решению вопроса о том, все ли нарушения чтения правомерно называть дислексией [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]?

При этом необходимо учитывать, что до конца еще достоверно не получен ответ об общности / сходстве / различии этиопатогенетических механизмов нарушений чтения при различных типах письменности — от исторически более раннего пиктографического письма до современных форм фонографического, силлабографического и морфографического письма, а также идеографического (логографического) письма, представленного китайской иероглифической письменностью.

Строго говоря, фактически вся письменная речь человечества реализуется в описанных выше четырех лингвистических сценариях с разным их структурным и функциональным наполнением, которые могут быть как чистыми, так и смешанными.

Отметим, что эволюция Homo Sapiens, очевидно, сопровождалась развитием систем речи, по мере развития которой, в свою очередь, наблюдалось все большее усложнение письменности. Включение в лексикон абстрактных понятий продиктовало необходимость перехода письменности на абстрактный, символический уровень. Как следствие, с переходом письменности на символический уровень усложнялась и получала все большую специализацию функция чтения, которая не является эволюционно детерминированной.

Лингвистические характеристики особенностей основных видов письменности не имеют жесткой связи с этнической принадлежностью носителей речи. Не существует физиологических коррелятов, которые могли бы детерминировать у представителей какого-либо этноса только определенный вид письменности и не давали бы возможность овладеть другим типом письма. Мировые письменности в исторической ретроспективе довольно часто мигрировали между разными территориями, трансформировались одна в другую, радикально менялись в связи с историческими событиями и т.д. [11].

Однако в детской пато- и нейропсихологии, иных разделах психологии, изучающих проблемы дислексии, спеллингования и нарушений чтения в целом, достаточно редко встречаются исследования, в которых особенности чтения в норме и при его нарушениях рассматриваются в связи с особенностями тех или иных систем письменности, направления письма и иных конкретных лингвистических особенностей.

Принято считать, что структурные и функциональные особенности разных письменностей никак не детерминированы физиологически, а зависят от исторически сложившегося культурного контекста, от целого комплекса уникальных и зачастую даже случайных факторов, повлиявших на становление той или иной формы письма. При этом очевидно, что и некоторые лингвистические особенности письменной речи, например, алфавитный, слоговый либо графемно-символический, семантический характер стимульного материала могут влиять на процессы эффективности восприятия таких сигналов-стимулов, их распознавания и адекватной переработки в соответствующих мозговых структурах — фактически — нейробиологических, нейрофизиологических и нейропсихологических факторах переработки информации, определяющих эффективность, в том числе чтения. Однако такого рода междисциплинарных исследований крайне недостаточно и в отечественной, и зарубежной фундаментальной и прикладной науке.

Как следствие, остается открытым вопрос о характере возможной связи этиопатогенетических механизмов различных вариантов нарушений чтения, с одной стороны, и собственно стимульного материала той или иной системы письменности либо этнокультурных особенностей субъекта, воспринимающего знаки, символы и другие элементы этой письменности, — с другой. Представляется, что отмеченные выше особенности письменности требуют своего учета при проведении исследований дислексии.

В то же время в числе причин нарушений чтения следует рассматривать прежде всего общие факторы в более узком естественно-научном контексте — общемозговые нейробиологические особенности.

При этом в отечественной науке и практике закрепилась более широкая трактовка термина «дислексия», под которой понимаются любые нарушения чтения, имеющие многообразную причинно-следственную обусловленность. Наиболее часто дислексию соотносят с общим недоразвитием речи [12]; с недостаточным уровнем сформированности различных высших психических функций изолированно и в совокупности [5, 6, 13, 14]; с недостаточностью высших зрительных функций (зрительного гнозиса, зрительной памяти, восприятия и внимания) [15, 16, 17]; с фонологическим дефицитом [7, 18]. Отдельно выделяются разные формы распада чтения (алекии) вследствие органических поражений мозга (в понимании Лурияевского нейропсихологического подхода и синдромного анализа) [2].

Отметим, что в отечественной науке и практике проблема дислексии наиболее фундаментально изучена на рубеже XX и XXI веков А.Н. Корневым [13] и Р.И. Лалаевой [14]. Оба автора рассматривают дислексию с точки зрения широкого спектра этиопатогенетических факторов и предлагают способы преодоления дислексии, которые зависят от выявленного патогенетического механизма — нарушений тех или иных высших психических функций: памяти, внимания, слухового, зрительного гнозиса и т.д.

Однако вследствие нечетких этиологических критериев описанные в отечественной науке механизмы и признаки дислексии во многих других публикациях представляются обширными и часто неспецифичными. Естественно, что такие различия в трактовках феномена дислексии привели к созданию многочисленных классификаций дислексии разными авторами. Самые распространенные из них — это многоосевая классификация А.Н. Корнева [13], классификация Р.Е. Левиной, основанная на речевых нарушениях [12], классификация М.Е. Хватцева по виду нарушенной высшей психической функции, лежащей в основе дислексии [19] и т.д.

К сожалению, большая часть российских исследований в области чтения по неизвестным причинам проводится изолированно от общемировых тенденций, практически не исследуется материальный субстрат чтения и дислексии. Отечественный психолого-педагогический подход к изучению феномена дислексии фактически не опирается на нейробиологию, что является методологически неверным, поскольку любой психический процесс в мозге неразрывно связан с субстратом и не знать его природу — значит не понимать и сам процесс.

В целом, неясное представление о мозговых механизмах чтения, компонентах сети чтения, последовательности их связей, механизмов нарушения и компенсации зачастую приводит к серьезным искажениям в доказательной базе и объяснительной силе многих современных отечественных исследований. Одной из причин такого положения является существенный пробел в отечественных нейровизуализационных исследованиях процесса чтения.

Только в двух работах [20, 21], посвященных изучению механизмов чтения, из всего огромного (более сорока пяти тысяч источников) массива защищенных в последние два десятилетия отечественных диссертаций, сформированного по данным электронной библиотеки диссертаций DissertCat [22], содержится упоминание о VWFA [3] — значимом для решения проблемы дислексии открытии S. Dehaene начала XXI века, которое во многом изменило подход к изучению процесса чтения за рубежом и до сих пор продолжает там активно исследоваться.

В зарубежных научных работах реализован всесторонний подход к изучению чтения и дислексии, который закономерно включает масштабное проведение нейробиологических исследований с помощью современных методов нейровизуализации.

Диагноз дислексии часто связан с нарушениями различных высших психических функций, а также зрительных и слуховых нарушений высокого уровня. При этом описанные выше феномены могут не играть никакой причинной роли. Сенсорные дефициты или дефициты ВПФ могут просто сосуществовать с дислексией, потому что основная патология мозга распространяется на несколько областей. Проблематика определения того, какие связанные с этим дефициты являются коморбидными, а какие выступают причиной нарушения чтения, продолжает быть актуальной. В целом выяснить причины, следствия и случайные связи дислексии представляется достаточно сложным. Так, природа когнитивных и нейрофизиологических механизмов, лежащих в основе дислексии, была причиной оживленных дискуссий, в результате которых были сформированы четыре основные классические альтернативные гипотезы. Согласно этим гипотезам, дислексия описывается как: 1) фонологическое расстройство, влияющее на декодирование орфографии в фонологию [23, 24]; 2) расстройство

магноцеллюлярного пути [8, 25, 26]; 3) дисфункция зрительно-пространственного внимания [9, 27, 28], 4) дисфункция мозжечка [10, 28, 30].

Выводы

Таким образом, каждая из четырех обсуждаемых магистральных гипотез подтверждалась определенным числом воспроизводящих исследований. Однако ни одна из них не получила доказательного преимущества.

Данное положение обуславливает проведение кросс-культурных исследований, включающих сравнительный анализ базовых нейробиологических механизмов чтения в мировых системах письменности, а также нейролингвистических предпосылок для нарушения этих механизмов.

Выявление культурно модулируемых стратегий нейрокогнитивной обработки текста может послужить основой для определения более точных этиологических оснований такого нарушения чтения, как дислексия, и для поиска эффективных способов его коррекции.

Литература

1. Солсо, Р. Когнитивная психология / Р. Солсо. – СПб.: Питер, 2006. – 589 с.
2. Цветкова, Л. С. Нейропсихология счета, письма и чтения: нарушение и восстановление. Учебное пособие / Л. С. Цветкова. – М.: МОДЭК, 2005. – 3-е изд. – 257 с.
3. Dehaene, S. The unique role of the visual word form area in reading / S. Dehaene, L. Cohen // Trends in Cognitive Sciences. – 2011. – V. 15(6). – P. 254-262.
4. Frith, U. Paradoxes in the definition of dyslexia / U. Frith // Dyslexia. – 1999. – V. 5. – P. 192-214.
5. Ахутина, Т. В. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход / Т. В. Ахутина, Н. М. Пылаева. – СПб.: Питер, 2008. – 320 с.
6. Глозман, Ж. М. Нейропсихология детского возраста: учебник для академического бакалавриата / Ж. М. Глозман. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Юрайт, 2019. – 249 с.
7. Дорофеева, С. В. Речевой дефицит и дислексия: экспериментальное исследование русскоговорящих детей: автореферат дис. ... канд. филолог. наук / С. В. Дорофеева. – М., 2020. – 26 с.
8. Eden, G. F. The visual deficit theory of developmental dyslexia / G. F. Eden, J. W. VanMeter, J. M. Rumsey [et al.] // Neuroimage. – 1996. – V. 4. – P. 108-117.
9. Facoetti, A. Visual-spatial attention in developmental dyslexia / A. Facoetti, P. Paganoni, M. Turatto [et al.] // Cortex. – 2000. – V. 36. – P. 109-123.
10. Fawcett, A. J. Cerebellar tests differentiate between groups of poor readers with and without IQ discrepancy / A. J. Fawcett, R. I. Nicolson, F. MacLagan // Journal of Learning Disabilities. – 2001. – V. 34. – P. 119-135.
11. Фридрих, И. История письма / И. Фридрих. – М.: Наука, 1979. – 463 с.
12. Левина, Р. Е. Нарушения речи и письма у детей: избранные труды / Р. Е. Левина. – М.: Аркти, 2005. – 222 с.
13. Корнев, А. Н. Нарушения чтения и письма у детей: Учебно-методическое пособие / А. Н. Корнев. – СПб.: МиМ, 1997. – 286 с.
14. Лалаева, Р. И. Нарушение чтения и пути их коррекции у младших школьников: Учеб. пособие / Р. И. Лалаева. – СПб.: Союз, 2002. – 224 с.
15. Гузий, Ю. А. Нарушения формирования чтения «про себя» и их коррекция у учащихся младших классов общеобразовательной школы: дис. ... канд. пед. наук / Ю. А. Гузий. – М., 2007. – 161 с.
16. Иншакова, О. Б. Нарушения письма и чтения учащихся правой и левой руки: дис. ... канд. пед. наук / О. Б. Иншакова. – М., 1995. – 169 с.
17. Киселева, В. С. Диагностические признаки смешанной формы дислексии: дис. ... канд. пед. наук / В. С. Киселева. – М., 2010. – 184 с.
18. Русецкая, М. Н. Стратегия преодоления дислексии учащихся с нарушениями речи в системе общего образования: дис. ... д-ра пед. наук / М. Н. Русецкая. – М., 2009. – 288 с.
19. Хватцев, М. Е. Логопедия. Книга для преподавателей и студентов высших педагогических учебных заведений. В двух книгах. Книга 1 / М. Е. Хватцев; под ред. Р. И. Лалаевой, С. Н. Шаховской. – М.: Владос, 2009. – 272 с.
20. Анисимов, В. Н. Движения глаз при чтении предложений с синтаксической неоднозначностью в русском языке: дис. ... канд. биол. наук / В. Н. Анисимов. – М., 2013. – 90 с.
21. Кручинина, О. В. Динамика нейрофизиологического обеспечения восприятия устной и письменной речи по мере возрастного развития: дис. ... канд. биол. наук / О. В. Кручинина. – СПб., 2020. – 158 с.
22. DissertCat – электронная библиотека диссертаций. – <https://www.DissertCat.com/>
23. Ramus, F. Theories of developmental dyslexia: insights from a multiple case study of dyslexic adults / F. Ramus, S. Rosen, S. C. Dakin et al. // Brain. – 2003. – V. 126. – P. 841-865.
24. Snowling, M. J. From language to reading and dyslexia / M. J. Snowling // Dyslexia. – 2001. – V. 7. – P. 37-46.
25. Galaburda, A. M. Evidence for a magnocellular deficit in developmental dyslexia / A. M. Galaburda, M. Livingstone // Temporal information processing in the nervous system: special reference to dyslexia and dysphasia. – NY.: New York Academy of Sciences, 1993. – P. 70-82.
26. Stein, J. The magnocellular theory of developmental dyslexia / J. Stein // Dyslexia. – 2001. – V. 7. – P. 12-36.
27. Gabrieli, J. D. Reading abilities: importance of visual-spatial attention / J. D. Gabrieli, E. S. Norton // Current Biology. – 2012. – V. 22. – P. 298-299.
28. Peyrin, C., Superior parietal lobule dysfunction in a homogeneous group of dyslexic children with a visual attention

span disorder / C. Peyrin, J. F. Démonet, M. A. N'Guyen-Morel et al. // Brain Lang. – 2011. – V. 118. – P. 128-138.
 29. Nicolson, R. I. Developmental dyslexia: the cerebellar deficit hypothesis / R. I. Nicolson, A. J. Fawcett, P. Dean // Trends in Neurosciences. – 2001. – V. 24. – P. 508-511.
 30. Rae, C. Cerebellar morphology in developmental dyslexia / C. Rae, J. A. Harasty, T. E. Dzendrowskyj [et al.] // Neuropsychology. – 2002. – V. 40. – P. 1285-1292.

Сведения об авторах

Васильева Анна Зарифовна — магистрант кафедры клинической психологии, ФГАОУ ВО ЮУрГУ НИУ. Адрес для переписки: domchel.74@yandex.ru.
 Епанешникова Надежда Викторовна — ст. преподаватель кафедры клинической психологии, ФГАОУ ВО ЮУрГУ НИУ. Адрес для переписки: eraneshnikovanv@susu.ru.
 Пашков Антон Алексеевич — научный сотрудник кафедры клинической психологии, ФГАОУ ВО ЮУрГУ НИУ. Адрес для переписки: pashkovaa@susu.ru

АКТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ИЗУЧЕНИИ ФАКТОРОВ РИСКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

УДК 616.89-02-084

О.Б. Есина, Л.Д. Литвина

Уральский государственный медицинский университет г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье обсуждаются наиболее перспективные, с точки зрения авторов, направления в исследовании факторов, которые влияют на развитие расстройств аутистического спектра (РАС). Рассматривается возможность взаимосвязи РАС и болезни Паркинсона, влияние сезонности на риск рождения детей с аутизмом, а также роль кишечной микрофлоры в развитии заболевания.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, болезнь Паркинсона, сезонность рождения детей с аутизмом, микрофлора.

CURRENT RESEARCH AREAS OF RISK FACTORS OF AUTISM SPECTRUM DISORDER

O.B. Yesina, L.D. Litvina

Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

The article discusses the most promising from the authors' point of view, the directions in the study of factors that affect the development of autism spectrum disorders (ASD). The possibility of the relationship between ASD and Parkinson's disease, the effect of seasonality on the risk of children with autism, as well as the role of the intestinal microflora in the development of the disease are considered.

Keywords: autism spectrum disorders, Parkinson's disease, seasonality of the birth of children with autism, microbiota.

Введение

Расстройства аутистического спектра (РАС) — это гетерогенная группа нарушений нейроразвития, включающих различные нозологические дефиниции, характеризующихся триадой нарушений социального взаимодействия, общения, стереотипного поведения [1]. По оценкам ВОЗ, один из 160 детей в мире страдает РАС [2]. Данные о распространенности аутизма в России пока недостаточно систематизированы [3]. Но считается, что оценка распространенности — 1% от всей детской популяции для России верна.

Цель работы

Комплексный анализ факторов риска РАС, направленные на выявление групп, угрожаемых по рождению детей с аутизмом, и профилактику развития данного заболевания.

Дискуссия

Несмотря на многочисленные исследования расстройств аутистического спектра, на сегодняшний день нет четко идентифицированных этиологии и патогенеза. На данный момент описано более 1000 генов, мутации в которых наблюдаются при расстройствах аутистического

спектра [4]. А специфика многих факторов окружающей среды, которые влияют на патогенез аутизма, — эпигенетически [5], остается неизвестной.

В рамках современной концепции здравоохранения — 4П медицины, а именно предиктивной и превентивной медицины — особенно актуальным становится изучение факторов риска развития заболеваний. Поэтому представляется необходимым совместное изучение генетических факторов и факторов окружающей среды при аутизме с целью выделения групп риска по рождению детей с РАС и профилактики развития данного заболевания.

Одно из ведущих мест среди факторов риска развития аутизма занимает наследственная предрасположенность. Выявлено более 200 генов-кандидатов и несколько сотен хромосомных аномалий (геномных перестроек) при аутизме [2]. Известно, что более 25 % случаев РАС может быть объяснено моногенными мутациями, фенотипические проявления которых часто включают аутизм. Самые известные из этих синдромов — синдром ломкой X-хромосомы, нейрофиброматоз, синдром Ретта и туберозный склероз [6].

Синдром ломкой X-хромосомы (FXS) яв-

ляется самой распространенной хромосомной аномалией, вызывающей расстройства аутистического спектра, диагностируется у 5-8 % детей с РАС и обычно характеризуется глубоким аутизмом со сниженным интеллектом, нарушениями социальной адаптации [5]. Причиной синдрома ломкой X хромосомы является мутация в гене FMR1. Данная мутация представляет собой экспансию тринуклеотидных повторов CGG (> 200), в результате чего запускается ряд эпигенетических механизмов, которые приводят к ингибированию транскрипции этого гена и нарушению экспрессии белка FMRP [7].

Состояние, при котором количество CGG-повторов превышает нормативные показатели (больше 55), но не достигает порогового значения (200), принято называть премутацией. Распространенность премутации очень высока и по различным оценкам составляет от 1:130 до 1:250 среди лиц женского пола, 1:280 до 1:810 среди лиц мужского пола [8]. Количество повторов при премутации является нестабильным, имеет тенденцию к увеличению в последующих поколениях, что и становится причиной появления полной мутации и развития картины синдрома FX. Чем больше количество повторов у женщины или у мужчины [4], тем выше риск его экспансии до состояния полной мутации в следующем поколении. И чаще всего признаки данных расстройств у членов семьи идентифицируются только после рождения мальчика с полной мутацией. Кроме того, данный синдром может оставаться не диагностированным до подросткового возраста. Все это свидетельствует о достаточно низком уровне диагностики синдрома FXS и премутации в РФ. В отсутствие полномасштабного популяционного генетического скрининга огромное значение приобретает точечная диагностика при наличии жалоб, характерных для состояния полной мутации или премутации [9]. Важно также отметить, что характерные для носителей премутации общие клинические признаки (нейродегенеративный синдром FXTAS, синдром первичной овариальной недостаточности — FXPOI и психоневрологические состояния — FXAND) [7] вряд ли могут активно использоваться в практическом здравоохранении в целях выделения групп риска рождения детей с аутизмом, так как проявляются в более позднем возрасте, а потому более перспективным является изучение симптоматики, выявляющейся в репродуктивном возрасте.

Подробнее остановимся на синдроме тремора и атаксии (FXTAS). Типичным для начала болезни являются изменения личности (тревожность, депрессивное расстройство, обсессивно-компульсивные проявления) [7]. Также одним из самых ранних и доступных для диагностики симптомов является невропатия, которая обнаружена у 80 % людей с данным синдромом [7]. Кроме того, на ранних стадиях типичны онемение и невропатическая боль, обычно выявляются нарушение чувствительности к вибрации и аномальные глубокие сухожильные рефлексы [10]. В последующем развивается паркинсонизм

— двигательные симптомы, которые характеризуются умеренными признаками ригидности верхних конечностей, брадикинезией, атаксией походки в виде нарушений тандемной ходьбы, по мере прогрессирования — тремором. На поздних этапах проявляется тремор покоя [7, 10, 11].

У носителей паркинсонизма обычно наблюдается незначительное улучшение при приеме дофаминергических препаратов, что позволяет предположить, что основной механизм, вызывающий паркинсонизм, не такой, как при первичной болезни Паркинсона [11], тем не менее, существует ряд данных, свидетельствующих о генетической общности паркинсонизма и РАС:

1. В выборке пациентов с болезнью Паркинсона частота носительства промежуточной экспансии (число CGG-повторов варьировало от 39 до 43) составила 16,1 %. В результате чего наличие экспансии CGG-повторов в гене FMR1 выделяется как фактор риска развития БП в российской популяции [8]. Другое исследование признает FMR1 одной из исключительных генетических причин паркинсонизма с пресинаптической дофаминергической потерей и LBs [12].

2. До 40% всех семейных случаев раннего паркинсонизма связаны с повреждениями гена PARK2. И такие же изменения ДНК в области гена PARK2 обнаружены и у больных аутизмом [9].

3. Идентифицировано две мутации в гене G-белкового рецептора 37 (GPR37), локализованном на хромосоме 7q31-33, у пациентов с РАС [18]. GPR37 связан с переносчиком дофамина и регулирует поведенческие реакции на дофаминергические препараты. Таким образом, дофаминергические нейроны могут участвовать в патогенезе РАС [13].

Поскольку лабораторных исследований, позволяющих подтвердить диагноз БП, не существует [14], а синдром FXTAS может проявляться аналогичной клинической симптоматикой, то проблема возникает в дифференциальной диагностике. В случае если у бабушек или дедушек с болезнью Паркинсона появляется внук с РАС, то это позволяет предполагать наличие в данной семье носительства премутации. Поэтому важным оказывается дальнейшее популяционное исследование, направленное на выявление частоты встречаемости болезни Паркинсона в семьях с детьми, у которых выявлено расстройство аутистического спектра, оценка ранних признаков синдрома FXTAS в данных семьях и выявление распространенности премутации среди родителей.

Так как родители детей с РАС находятся в репродуктивном возрасте, а клиника возникает в возрасте более позднем, то полезным может быть обследование на наличие невропатии — нарушений чувствительности к вибрации, аномальных глубоких сухожильных рефлексов. Этот тест позволил бы выявить и обосновать диагностику невропатии в качестве скрининга на этапе прегравидарной подготовки, особенно в семьях с отягощенной наследственностью, у родителей с признаками премутации.

Следующим актуальным направлением является изучение сезонности рождения детей с аутизмом. Опубликованы результаты крупных исследований о сезонности рождения детей с РАС в разных странах, но нет достоверных исследований о заболевании в РФ.

Исследования в Калифорнии в 2011 году показали, что дети, зачатые в декабре, январе, феврале или марте, имели более высокий риск развития аутизма по сравнению с детьми, зачатыми в другие периоды года [15]. В Великобритании повышенный риск аутизма был выявлен у людей, рождение которых пришлось на весну, а в Израиле повышенная предрасположенность к аутизму обнаружена у людей, родившихся в марте и августе [15]. В Финляндии и Швеции пиковое превышение наблюдалось для детей, рожденных в октябре, в то время как самые низкие показатели наблюдались в апреле месяце рождения. В Дании в сентябре риск увеличился на 11 %; в Норвегии риск снизился на 26 % в феврале [16]. На Украине преобладание рождения детей с аутистическими расстройствами в летние месяцы. Максимум случаев предрасположенности к заболеванию приходился на июнь и август [15].

Данные работы доказывают, что зависимость предрасположенности к РАС от средовых факторов, действующих на организм на протяжении его пре- и постнатального развития, есть [15]. Это также показано в исследованиях, где доказано повышение риска РАС вследствие послеродовой миграции [17]. В разных странах показатели различаются, так как различны климатикогеографические характеристики: температура, интенсивность освещения и длина светового дня, уровень солнечной радиации, загрязненность воздуха, а также другие факторы, которые могут влиять на уровень синтеза витамина Д, выработку мелатонина, концентрацию гормонов, качество спермы и сексуальную активность людей [5, 15, 18, 19]. Следовательно, данные, полученные в других странах, вряд ли подходят для России.

Также становится актуальным дальнейшее исследование по выявлению закономерности в сезонности рождения детей с аутизмом. Полученные данные могут быть использованы специалистами при консультировании семей с высоким риском рождения больных аутизмом. Исходя из этого, можно рекомендовать плановое зачатие последующих детей в другой временной период, чтобы между рождениями детей был временной «зазор» в 3-6 месяцев [15].

Третье направление для исследований — изучение влияния микрофлоры организма на патогенез расстройства аутистического спектра.

В современных англоязычных исследованиях часто можно увидеть понятие «ось микро-

биом-кишечник-мозг» («microbiota-gut-brain axis») [20]. Так, в одном из исследований показано, что изменение микрофлоры кишечника у беременных мышей может вызывать «материнскую иммунную активацию» («maternal immune activation»), что в дальнейшем ведет к развитию аутистических нарушений у новорожденных мышат. Добавление же специфических метаболитов, полученных от бактерий здоровой микрофлоры в рацион мышат, снижает проявление нервных нарушений и вызывает общее улучшение данных функций [20].

В исследовании А.А. Максимовой (2020) показаны 13 преобладающих видов патологических изменений в организме детей с РАС. И 4 из 13 патологий связаны с микрофлорой организма ребенка: разрастание условно патогенных бактерий и *Candida albicans* на слизистых носа и зева и/или в кишечнике; инфицирование *Helicobacter pylori*; также найдена патогенная флора кишечника, в частности гемолитическая палочка и гемолитический стрептококк [19].

На сегодняшний день имеются работы, в которых выявлены точечные нарушения микрофлоры у детей с РАС: наличие патогенных бактерий, таких как *Suterella Wadsworthensis* и *Clostridium bolteae* [18], характерными являются виды *Anaerofustis stercorominis*, *Anaerotruncus colihominis*, *Clostridium bolteae*, *Cetobacterium someria* [21], также выявлен дисбаланс между *Bacteroidetes* и *Firmicutes*, снижение *Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, *Suterella* [21]. В то же время отсутствуют обширные и доказательные исследования, направленные на качественное и количественное исследование микрофлоры детей с РАС. Осознание необходимости проведения подобных исследований позволит прицельно влиять с помощью антибиотиков, про- и пребиотиков на микрофлору, поскольку необоснованное назначение данных препаратов подавляет помогающую излечению пробиотическую микробиоту, что усиливает симптомы аутизма [21].

Выводы

Таким образом, активное изучение факторов риска развития расстройств аутистического спектра направлено на медицинских специалистов и будущих родителей с целью создания рекомендаций, позволяющих отсрочить симптомы ФХТАС, предотвратить вредное воздействия окружающей среды в отношении рождения здоровых детей с помощью влияния на сезонные факторы и активной профилактики заболеваемости ЖКТ с контролем состава микробиоты.

Литература

1. Расстройства аутистического спектра в детском возрасте: диагностика, терапия, профилактика, реабилитация : Клинические рекомендации / РОП. – 2020. – 8 с.
2. Развитие представлений о детском аутизме: патогенетические механизмы и маркеры / О. Е. Полулях [и др.] // Весті Нацыянальнай акадэміі навук Беларусі. Серыя медыцынскіх навук. – 2019. – Т. 16, № 4. – С. 499-512.
3. Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра МГППУ // Аналитическая справка о состоянии современных научных исследований расстройств аутистического спектра в России. – URL: <https://autism-frc.ru/work/science/539> (дата обращения:

- 12.10.2020). – Текст : электронный.
4. К вопросу о механизмах возникновения расстройств аутистического спектра: описание семейного случая / С. А. Тюшкевич [и др.] // Аутизм и нарушения развития. – 2020. – Т. 18, – № 2 (67). – С. 32-40.
5. Трифонова, Е. А. Аутизм как проявление нарушения молекулярных механизмов регуляции развития и функций синапсов / Трифонова Е. А., Хлебодарова Т. М., Груntenко Н. Е. // Вавиловский журнал генетики и селекции. – 2016. – № 20 (6). – С. 959-967.
6. Гетерогенность клинической картины при синдромах, ассоциированных с динамическими мутациями гена FMR1 / Д. С. Переверзева [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – № 119 (7). – С. 70-78.
7. Ген FMR1 и двигательные расстройства у пациентов в российской популяции / Н. Ю. Абрамычева [и др.] // Болезнь Паркинсона и расстройства движений : Руководство для врачей по материалам III Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движений. – 2014. – С.323.
8. Симонова, В. В. Цитогенетические вариации в патогенезе нейродегенеративных заболеваний / Симонова В. В., Хаспеков Л. Г. // Неврологический журнал. – 2018. – № 23 (5). – С.214-220.
9. Клинический протокол диагностики и лечения болезни Паркинсона. –2016. – № 16. – С. 6.
10. Чуприков, А. П. Можно ли предотвратить рождение ребенка с аутизмом? // Аутизм и нарушения развития. – 2017. – Т. 15, № 2. – С. 80-88.
11. Максимова А. А. Связь соматических патологических изменений с негативным поведением детей с расстройством аутичного спектра // Universum: Медицина и фармакология: электрон. – 2020. – № 7 (69). – Текст : электронный.
12. Еременко, И. И. Как микробиота кишечника влияет на функционирование ЦНС? Механизмы участия микробиоты в патогенезе болезни Альцгеймера // Международный научно-исследовательский журнал. – 2019. № 6 (96), ч. 2. – С.101-105.
13. Олескин, А. В. Взаимодействие симбиотической микробиоты желудочно-кишечного тракта с нервной системой организма – хозяина // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2019. – С. 90-100.
14. Genenvironment interactions in autism spectrum disorders: role of epigenetic mechanisms / Tordjman S. [at al] // Front. Psychiatry. – 2014. - № 5. – P. 53.
15. X-Associated Tremor/Ataxia Syndrome (FXTAS): Pathophysiology and Clinical Implications / Cabal-Herrera [at al] // Int. J. Mol. Sci. – 2020. № 21. – P. 4391.
16. Maureen, A. Fragile X-associated Tremor/Ataxia Syndrome (FXTAS): Clinical Phenotype, Diagnosis and Treatment / Maureen A. Leehey M. D. // J Investig Med. – 2009. № 57 (8). – P. 830-836.
17. Parkinsonism versus Concomitant Parkinson's disease in Fragile X- Associated Tremor/Ataxia Syndrome / Salcedo-Arellano M. J. [at al]. // Movement Disorders Clinical Practice. – 2020. – № 7 (4). – P. 413-418.
18. Parkinson Disease-Associated, G-Protein Coupled Receptor 37 (GPR37/PaelR) Is Related to Autism Spectrum Disorder / Eriko Fujita-Jimbo [at al] // PLOS ONE. – 2012. – Vol. 7, Issue 12.
19. Birth seasonality and risk of autism spectrum disorder / Lee B. K. [at al] // Eur J Epidemiol. – 2019. – № 34 (8). P. 785-92.
20. Bölte, S. The contribution of environmental exposure to the etiology of autism spectrum disorder / Bölte S., Girdler S., & Marschik P. B. // Cell. Mol. Life Sci. – 2019. – 76. – P. 1275-1297.
21. Gut microbiota in autism and mood disorders / Mangiola F [at al] // World J Gastroenterology. – 2016. – № 22 (1). – P. 361-368.

Сведения об авторах

Есина Ольга Борисовна — канд. мед. наук, асс. кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: yesinao@mail.ru.
Литвина Любовь Дмитриевна — студентка 5 курса лечебно-профилактического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

НЕЙРОНАУКИ И ЭПИГЕНЕТИКА В ОБОСНОВАНИИ БИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ И ЭФФЕКТОВ ПСИХОТЕРАПИИ: КРАТКИЙ ОБЗОР

УДК 615.851+616-08-059

О.В. Кремлева

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Растущий объем нейровизуализационных и эпигенетических доказательств интеграции психических и мозговых процессов и биологических эффектов психотерапии предполагает, что психотерапия имеет биологическое обоснование.

Ключевые слова: нейронаука, эпигенетика, психотерапия.

NEUROSCIENCES AND EPIGENETICS IN THE EVIDENCE OF BIOLOGICAL MECHANISMS AND EFFECTS OF PSYCHOTHERAPY: SUMMARY

O.V. Kremleva

Urals State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

The growing body of neuroimaging and epigenetic evidence for the integration of mental and brain processes and the biopsychosocial effects of psychotherapy suggests that psychotherapy has a biological rationale.

Keywords: neuroscience, epigenetics, psychotherapy.

«Биология действительно страна безграничных возможностей. Мы можем ожидать, что она даст нам самую удивительную информацию, и мы не можем догадаться, какие ответы она даст через несколько десятков лет на поставленные нами вопросы. Они могут быть такого рода, что взорвут всю нашу искусственную структуру гипотез» [1]. Прошло 100 лет с момента этого высказывания З. Фрейда, и сегодня ясно, что оба этих конструкта — психика и мозг — представляют собой единство, разделяемое на две сферы лишь в целях изучения и обсуждения, но они всегда взаимосвязаны. Только редукционизм, присущий биомедицинской модели, продолжает все еще сопротивляться идее объединения психики и мозга, однако, по мнению Глена Габбарда, сопротивление их объединению сегодня «выглядит просто забавно» [2] с учетом биопсихосоциального подхода и современных интегративных моделей.

Некоторые из современных нейронаучных моделей в основном фокусируются на латерализованных системах цереброкортикального уровня [3, 4], другие принимают во внимание вертикальные системы, такие как мозг, ствол, лимбические уровни и мозжечок [5]. Новейшая модель интегрированной архитектуры мозга и психики на основе гомеостаза фокусируется на важнейшем вопросе обмена информацией между аффективными и когнитивными подсистемами [6], и этот информационный обмен может быть описан как в терминах нейроимиджевых исследований, в терминах интеракции нейротрансмиттерных систем, так и в терминах различных психологических направлений, включая бихевиоризм, социальное научение, когнитивную психологию, гештальт-терапию и психодинамику.

Центральным с точки зрения обратимости нарушений интеграции все же является понятие схемы (нейронной и «параллельной» ей когнитивной), а также обновления схемы в системном регуляторном процессинге. Эта возможность пластичности мозга в ответ на такие «слабые» воздействия, как слова, произнесенные психотерапевтом, лишь на первый взгляд проигрывает в конкуренции с «более сильными» влияниями — экзогенно-биологическими, генетическими. На самом же деле головной мозг более пластичен, чем большинство других органов тела [7], и нейропластичность как изменение и укрепление синоптических связей вследствие научения новым стилям мышления и поведения оценивается сегодня как предпосылка любого продолжительного изменения в поведении, когнитивных и эмоциях, что является основой реальных эффектов различных форм психотерапии.

Очень упрощенно на основе теории Parkins'a можно утверждать, что психологические мишени любой психотерапии размещены в когнитивном процессинге, затрудненном или ошибочном вследствие разных психологических причин.

Затруднения когнитивного процессинга resultируют не столько в когнитивном снижении, сколько в особом стиле мышления, основанном на искаженной интерпретации личностью свое-

го Я, а также других людей и событий окружающего мира, часто называемым «негативным мышлением» [8]. Индивидуумы с подобным стилем мышления являются особенно уязвимыми к хроническому стрессу. Психологические механизмы итогового хронического дистресса, включающие сверхмобилизацию оборонительного поведения и последующую капитуляцию, имеют под собой достаточно известные биологические основания, способствующие симптомообразованию [9]. Низкие уровни позитивной аффективности как итога «негативного мышления» доказаны как факторы риска многих психических расстройств [10, 11, 12, 13].

Однако и совокупные механизмы научения снижению дистресса хорошо исследованы, доказано результирующее изменение функционирования связей префронтальной коры, миндалины, гиппокампа, ГАМК-ергических нейронов зубчатой извилины, многих подкорковых ядер [14]. Обширные исследования аффективной нейронауки, в свою очередь, продемонстрировали важность позитивных эмоций в сохранении психического и физического здоровья [15].

Обращаясь с помощью различных психологических вмешательств к нарушенным когнитивным схемам с целью их обновления, психотерапия одновременно адресуется к лежащим под ними нейронным схемам, меняя их. Эти перемены действительно подтверждаются в многочисленных нейроимиджевых исследованиях эффектов психотерапии последних лет [16, 17, 18]. Таким образом, направляя психологические вмешательства специфическим психологическим мишеням, психотерапия снижает стресс-уязвимость одновременно и на уровне психики, и на уровне мозга, то есть косвенно нацеливается на мишени биологические.

Исследования аффективной нейронауки продемонстрировали эффекты взаимодействия ген-среда, доказывая, что некоторые индивидуумы часто по генетическим причинам более уязвимы к психопатологии и худшим исходам, по сравнению с другими, и этот риск возникает только в ответ на негативные эффекты средовых влияний [19].

В области психосоматических расстройств подобные исследования взаимодействия генетической программы со стрессогенными событиями в манифестации болезни и ее рецидивировании были доказаны на модели ревматоидного артрита. При этом выявлен также вклад специфических психологических и психопатологических факторов в стресс-уязвимость при манифестации и рецидивировании этого заболевания [20].

В последние десятилетия накоплены доказательства, подтверждающие, что психосоциальные факторы возникновения психических и соматических заболеваний действуют через эпигенетические механизмы в патогенезе этих расстройств, способствуя экспрессии дремлющей до поры генетической программы заболевания. Повышенную силу триггеров экспрессии имеют стрессогенные жизненные события, в особенно-

сти ранний неблагоприятный жизненный опыт, наиболее связанный с дисфункциональным родительством, и прежде всего, с материнской несензитивностью. С этими событиями ассоциировано метилирование ДНК, и эти метки создают основу присущей стресс-уязвимости, а сам патологический процесс запускается уже в более зрелом возрасте средовыми триггерами, чаще ассоциативно связанными с неблагоприятным опытом детства [21].

Современные доказательства биологических механизмов психотерапии подтверждают, что лечебные факторы психотерапии не только симптомцентрированы, но и способны, оперируя средой пациента, оказывать этиопатогенетическое влияние на экспрессию генов [22, 23].

Тем не менее, существуют трудности доказательств непосредственной психологической интервенции на функционирование мозга при нейроимиджевых исследованиях. Инструменты неинвазивной функциональной визуализации мозга действительно могут надежно обнаружить те изменения в паттернах активации мозга, которые связаны с обучением и научением, с когнитивным и эмоциональным процессингом. Потенциально функциональная визуализация может обнаруживать связанные с психотерапией изменения на уровне областей и контуров мозга и, таким образом, способствовать выяснению по крайней мере самых глобальных нейронных механизмов. Провокация симптомов при функциональной визуализации позволяет сравнить реакции мозга на запуск сценариев или стимулов (например, для обсессивно-компульсивного расстройства, фобий или посттравматического стрессового расстройства) до и после психотерапии и таким образом оценить влияние терапии на нейронную активацию [24]. Однако при такого рода исследованиях существенно искажается и даже невозможен психотерапевтический сеттинг в условиях терапевтической диалектики. Не случайно большая часть доказательств с помощью фМРТ касается мозговых механизмов медитации и майндфулнес как методов, которым психотерапевт обучает пациента для саморегуляции [25].

Литература

1. Freud, S. *Beyond the pleasure principle* : Standard Edition. – London: Hogarth, 1920. V. 19. – P. 7-64.
2. Gabbard, G. O. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy / G. O. Gabbard // *British Journal of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 177. – P. 117– 122.
3. Schore, A. N. *Norton series on interpersonal neurobiology* // *The science of the art of psychotherapy* : W. W. Norton & Company, 2012. – 480 p.
4. Moss, R. A. Psychotherapy and the brain: The dimensional systems model and clinical biopsychology / R. A. Moss // *Journal of Mind and Behavior*. – 2013. – Vol. 34. – P. 63– 89.
5. Perry, B. D. The neurosequential model of therapeutics / B. D. Perry, C. L. Dobson / In: J. D. Ford & C. A. Courtois (Eds.) *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents : Scientific foundations and therapeutic models*. –The Guilford Press, 2013. – P. 249– 260.
6. Parkins, E. J. (2013) *Psychotherapy Integration: a theoretical integration of schema therapy, behaviourist, cognitive, gestalt, psychodynamic, and neuroscience based psychotherapy, using homeostasis as a 'meta-theory'* / E. J. Parkins. Available online: <http://totalbraintotalmind.co.uk/>
7. Mattson, M. P. Superior pattern processing is the essence of the evolved human brain / M. P. Mattson // *Frontiers in neuroscience*. – 2014. – Vol. 8. – P. 265.
8. A positive-negative mode of population covariation links brain connectivity, demographics and behavior / S. M. Smith, T. E. Nichols, D. Vidaurre [et al.] // *Nat Neurosci*. – 2015. – Vol. 18 (11). – P.1565-1567.
9. Thoits, P. A. Stress and health: major findings and policy implications / P. A. Thoits // *J Health Soc Behav*. – 2010. – Vol. 51. – P.41-53.
10. Watson, D. Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM– V / D. Watson // *J Abnorm Psychol*. – 2005. – Vol. 114. – P. 522– 536.

Недостаток нейронаучных исследований психотерапии при лечении психосоматозов особенно ощутим, поскольку они ограничиваются до настоящего времени лишь исследованиями клинических эффектов. Так, на модели психотерапии ревматоидного артрита [20] удалось доказать как доза-эффект психотерапии, так и специфичность формы и модальности психотерапии в затухании аутоиммунного воспалительного процесса. Анализ специфических психологических отклонений, ассоциированных как с началом заболевания, так и с его поддержанием, позволил выделить специфические психологические мишени. Влияние разных психотерапевтических подходов на них имело разные измерения глубины, распространенности и продолжительности клинических эффектов. Динамическая, когнитивно-поведенческая терапии, психодрама имели специфические клинические эффекты при эквивалентности психического и соматического улучшения.

Концепция стресс-уязвимости оказалась практически полезной и взята на вооружение современной когнитивно-поведенческой терапией, позволяя распространить это вмешательство даже на лечение шизофрении и психосоматозов. Однако для психотерапии еще большее и более оптимистическое значение имеет концепция дифференциальной восприимчивости [26], которая утверждает, что наиболее уязвимые лица диспропорционально подвержены как негативному, так и позитивному опыту. Более пластичные или податливые люди более восприимчивы, чем другие, как к неблагоприятным последствиям для развития, связанным с негативной средой, так и к благоприятным воздействиям, например, к поддерживающей среде.

В таком случае суппортивная терапия, повышающая восприимчивость пациентов к позитивному опыту посредством управления позитивным переносом, представляется наиболее перспективной для дальнейших исследований ее эффектов «эпигенетическим» лечением в духе пронизательного утверждения известного психофармаколога, назвавшего психотерапию «эпигенетическим лекарством» [27].

11. Altered striatal activation predicting real-world positive affect in adolescent major depressive disorder / E. E. Forbes, A. R. Hariri, S. L. Martin, et al. // *Am J Psychiatry*. – 2009. – Vol. 166. – P. 64-73.
12. Longitudinal associations between emotion regulation and depression in preadolescent girls: moderation by caregiving environment / X. Feng, K. Keenan, A. E. Hipwell [et al.] // *Dev Psychol*. – 2009. – Vol. 45. – P. 798-808.
13. Dynamics of affective experience and behavior in depressed adolescents / L. B. Sheeber, N. B. Allen, C. Leve [et al.] // *J Child Psychol Psychiatry*. – 2009. – Vol. 50. – P. 1419-1427.
14. De Kloet, E. R. Stress and the brain: from adaptation to disease / E. R. de Kloet, M. Joëls, F. Holsboer // *Nature Reviews Neuroscience*. – 2005. – Vol. 6. – P. 463-475.
15. Bar, M. A cognitive neuroscience hypothesis of mood and depression / M. Bar // *Trends in Cognitive Sciences*. – 2009. – Vol. 13 (11). – P.456-463.
16. A controlled single case study with repeated fMRT measurements during the treatment of a patient with obsessive-compulsive disorder: Testing the nonlinear dynamics approach to psychotherapy / G. Schiepek, I. Tominschek, S. Karch [et al.] // *The World Journal of Biological Psychiatry*. – 2009. – Vol. 10 (4). – P. 658-668.
17. Brockman, R. Aspects of Psychodynamic Neuropsychiatry II: Psychical Locality and Biology—Toward the Neurobiology of Psychotherapy / R. Brockman // *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. – 2011. – Vol. 39 (2). – P. 285-311.
18. Neurobiological Aspects of Mindfulness in Pain Autoregulation: Unexpected Results from a Randomized-Controlled Trial and Possible Implications for Meditation Research / T. Esch, J. Winkler, V. Auwärter [et al.] // *Front. Hum. Neurosci*. – 2017. – Vol. 10. – P. 674.
19. Differential susceptibility to the environment: an evolutionary-neurodevelopmental / B. J. Ellis, W. T. Boyce, J. Belsky J. [et al.] // *Dev Psychopathol*. – 2011. – Vol. 23. – P. 7-28.
20. Кремлева, О. В. Биологические эффекты психотерапии на модели ревматоидного артрита / О. В. Кремлева // *Российский психотерапевтический журнал*. – 2012. – № 3-4 (4-5). – С. 81-89.
21. Early family environment, current adversity, the serotonin transporter promoter polymorphism, and depressive symptomatology / S. E. Taylor, B. M. Way, W. T. Welch [et al.] // *Biol. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 60. – P. 671-676.
22. Peedicayil, J. Epigenetic management of major psychosis / J. Peedicayil // *Clin. Epigenetics*. – 2011. – Vol. 2. – P. 249-256.
23. Peedicayil, J. Role of epigenetics in pharmacotherapy, psychotherapy and nutritional management of mental disorders / J. Peedicayil // *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. – 2012. – Vol. 37 (5). – P.499-501.
24. Brain connectivity changes occurring following cognitive behavioral therapy for psychosis predict long-term recovery / L. Mason, E. Peters, S. C. Williams [et al.] // *Translational Psychiatry*. – 2017. – Vol. 7. – P. 1001.
25. Change in brainstem gray matter concentration following a mindfulness-based intervention is correlated with improvement in psychological well-being / O. Singleton, B. K. Hölzel, M. Vangel [et al.] // *Front. Hum. Neurosci*. – 2014. – Vol. 18. – P. 8-33.
26. Belsky, J. Differential susceptibility to rearing influences: An evolutionary hypothesis and some evidence / J. Belsky / In: B. Ellis & D. Bjorklund (Eds.) *Origins of the social mind: Evolutionary Psychology and Child Development*. – New York : Guildford, 2005. – P. 139-163.
27. Stahl, S. M. Psychotherapy as an epigenetic 'drug': psychiatric therapeutics target symptoms linked to malfunctioning brain circuits with psychotherapy as well as with drugs / S. M. Stahl // *J Clin Pharm Ther*. – 2012. – Vol. 37. – P.249-253.

Сведения об авторе

Кремлева Ольга Владимировна — д-р мед. наук, проф., профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: kremleva_olga@mail.ru

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

УДК 616.89-008.48

А.А. Мурзакаев^{1,2}, О.Б. Есина¹, Е.А. Сизикова¹, А.А. Громова¹

¹Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

²Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Представлен литературный обзор влияния различных аспектов пандемии COVID-19 на суицидальное поведение, в том числе нейротропного влияния самого вируса SARS-COV-2, психогенных факторов и глобальных социально-экономических изменений.

Ключевые слова: COVID-19, суицид, социальная изоляция, тревога, депрессия, стресс, пандемия.

IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON SUICIDAL BEHAVIOR: A LITERARY REVIEW

A.A. Murzakaev^{1,2}, O.B. Yesina¹, E.A. Sizikova¹, A.A. Gromova¹

¹Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

²Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital, Yekaterinburg, Russian Federation

The paper presents a literature review of the impact of various aspects of the COVID-19 pandemic on suicidal behavior, including the neurotropic influence of the virus SARS-COV-2, psychogenic factors, and global socio-economic changes.

Keywords: COVID-19, suicide, social isolation, anxiety, depression, stress, pandemic.

29 сентября 2020 г. число умерших от пандемии COVID-19 в мире превысило 1 миллион человек. Коронавирус продолжает испытывать на прочность не только соматическое здоровье каждого отдельного человека, но и его психику, а если рассматривать группы населения, то соматическое и психическое здоровье представителей уязвимых групп населения и устойчивость многих сфер жизни общества в целом.

С количеством жертв коронавируса можно сопоставить количество жизней, уносимых за год суицидами, — порядка 800 тысяч человек по всему миру, при том что Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признает возможность значительного количества неучтенных случаев суицида [1]. Таким образом, суицидальное поведение, так же как и коронавирус, нуждается в изучении и принятии профилактических мер, особенно с учетом того, что зависимость суицидального поведения от макросоциальных факторов была продемонстрирована более века назад [2], а к крупному макросоциальному фактору можно отнести саму пандемию COVID-19.

Со временем теории, объясняющие суицидальное поведение, получили серьезное развитие. Одной из современных моделей суицидального поведения является модель стресс-диатеза, в которой стрессор (в рассматриваемом нами контексте стрессор макросоциальный — пандемия COVID-19 и связанные с ней профилактические меры) может вызвать внезапное обострение психических нарушений, приводящих к суицидальному поведению. При этом компонентами диатеза суицидального поведения являются многие факторы: пессимизм, агрессия, импульсивность (как черты характера или как проявление психических расстройств), а также семейные / генетические факторы и детские переживания [3].

На психическом уровне тревожное неопределенное ожидание во время пандемии COVID-19, подогреваемое в том числе сообщениями из средств массовой информации и социальных сетей [4], может способствовать возникновению острых стрессовых реакций, которые исследователи выделяют в так называемый стресс-синдром, ассоциированный с пандемией COVID-19 [5]. Его развитию могут способствовать страх заражения (нозофобии) у здоровых [6], нарушение сна у больных COVID-19 и наблюдаемых, в том числе у медработников [7, 8]. Внезапная необходимая самоизоляция рассматривается как провокатор таких чувств у людей, как гнев, раздражение, одиночество [9, 10, 11, 12], скука [10, 11], беспокойство за себя и своих близких. Комплекс таких переживаний сходен с переживаниями, которые люди испытывают при таких психотравмирующих ситуациях, как землетрясение или другие бедствия, которые описываются в рамках посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Кроме случаев ПТСР на фоне пандемии COVID-19 [13, 14, 15], описано увеличение частоты депрессивных [7], тревожных, невротических расстройств [6], нарушений сна [16], ухудшения течения зависи-

мости от психоактивных веществ [17] и других расстройств.

Суицидогенность этих последствий пандемии COVID-19 на психическое здоровье может реализоваться по отдельности и особо неблагоприятно при их совместном синергическом влиянии [18].

Кроме того, к суицидогенным факторам относят и прямое воздействие воспалительных процессов и вируса SARS-COV-2 на организм человека [19, 20, 21, 22, 23, 24]. Некоторые исследования описывают нейротропность SARS-COV-2 и его влияние на поведение человека [19, 20, 21], а также связь между цитокиновым штормом и развитием депрессивного синдрома [25, 26]. Описаны единичные случаи развития психоза [22, 23] и галлюцинаций [24] у пациентов с установленным диагнозом COVID-19. В частности, был зафиксирован случай, когда у пациента без коморбидной патологии и без галлюцинаций в анамнезе появлялись истинные императивные галлюцинации, приказавшие ему выпить отбеливатель, подтолкнув его к совершению суицидальной попытки [24].

Из многих случаев, когда отдельные люди оказываются подвержены большому риску суицида на фоне пандемии, образуются контингенты, наиболее восприимчивые к воздействию суицидогенных факторов пандемии COVID-19. К ним можно отнести следующие категории людей:

- уже перенесших инфекцию, ассоциированную с SARS-COV-2 [12, 13, 14, 15, 27, 28];
- старшего возраста [16, 29];
- с ограниченными возможностями здоровья;
- живущих в нищете и страдающих соматическими и психическими расстройствами;
- мигрантов [11];
- бездомных [10];
- отдельно можно выделить медицинских работников [30, 31, 32, 33, 34, 35], так как даже в обычное время эта категория лидирует по количеству самоубийств [5].

Следует отметить, что наблюдается частичное сходство групп населения, наиболее подверженных суицидальному поведению на фоне пандемии COVID-19, и групп населения, имеющих повышенный риск неблагоприятного исхода в случае заражения COVID-19, причем последние представлены:

- людьми старшего возраста;
- людьми с ограниченными возможностями здоровья;
- живущими в нищете;
- страдающими сопутствующими заболеваниями [36].

Частичную общность выделенных двух контингентов можно связать с их наибольшей чувствительностью к социально-экономическим изменениям, а предварительные оценки социологов и экономистов дают основание утверждать, что на фоне пандемии COVID-19 произошло увеличение социально-экономического расслоения общества как в России, так и в мире в целом, а также усиления так называемых явлений социального исключения и «круга бедно-

сти» [37]. Также общность этих контингентов людей и их связь с социально-экономическими изменениями находит свое отражение в том, что:

– люди с более низким доходом чаще сообщают о серьезных негативных последствиях пандемии COVID-19 для психического здоровья [38];

– люди, имеющие удовлетворительное или плохое состояние здоровья, чаще сообщают о серьезном негативном влиянии пандемии COVID-19 на их психическое здоровье по сравнению с людьми с отличным или хорошим здоровьем [37];

– показательна также связь социальной изоляции и одиночества с ухудшением течения сердечно-сосудистых и психических заболеваний [39], а также с повышением уровня суицидов [40, 41].

В этом контексте меры поддержки населения, предпринятые правительствами разных стран мира, можно рассматривать и как меры, направ-

ленные на снижение риска неблагоприятного исхода в случае заражения COVID-19, и как меры, направленные на снижение уровня суицидов на фоне пандемии COVID-19.

Таким образом, свою значимость показывают не только карантинные и ограничительные мероприятия, направленные на противодействие распространению вируса SARS-CoV-2, но и меры социальной поддержки для снижения количества летальных исходов как непосредственно от самого вируса SARS-CoV-2, так и от суицидов на фоне пандемии COVID-19.

Особенности непростых взаимосвязей пандемии COVID-19 и суицидального поведения требуют дальнейшего наблюдения и исследования, а планирование и реализация суицидологической помощи на фоне пандемии COVID-19 требуют учета результатов таких исследований.

Литература

1. Предотвращение самоубийств: Глобальный императив / Всемирная организация здравоохранения // Geneva: World health organization, 2014. – URL: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_suicide_report_russian.pdf (дата обращения: 03.11.2020).
2. Дюркгейм, Э. Самоубийство: Социологический Эюд. – Москва: Мысль, 1994. – 399 с.
3. Mann, J. Neurobiology of suicidal behavior // *Nat Rev Neurosci.* – 2003. – № 4. – С. 819-828.
4. Psychosocial Impact of Quarantine Measures during Serious Coronavirus Outbreaks: A Rapid Review / Röhr S. [et al.] // *Psychiatr. Prax.* – 2020. – № 4. – P.179-189.
5. COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates / Taylor S. [et al.] // *Depress Anxiety.* – 2020. – № 8. – P. 706-714.
6. Рекомендации по поддержанию психического здоровья и психосоциального состояния во время вспышки COVID-19 / Всемирная организация здравоохранения. – 2020. – URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331739/WHO-2019-nCoV-Mental-Health-2020.1-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Дата обращения: 11.11.2020).
7. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed / Xiang Y.T. [et al.] // *Lancet Psychiatry.* – 2020. – № 3. – P.228-229.
8. Самоубийства среди врачей и медицинских работников: обзор литературы / Филоненко А. В. [и др.] // *Суицидология.* – 2019. – № 3 (36). – С. 42-58.
9. The impact of epidemic outbreak: The case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong / Yip, P. S. F. F. [et al.] // *Crisis.* – 2010. – № 2. – P.86-92.
10. Tsai, J, Wilson, M. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations // *Lancet Public Health.* – 2020. – № 4. – P.186-187.
11. Li M. COVID-19's impact on migrant communities // *European Web Site on Integration.* – 2020. – URL: <https://ec.europa.eu/migrant-integration/news/covid-19s-impact-on-migrant-communities> (дата обращения 29.10.2020).
12. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence / Brooks S. K. [et al.] // *Lancet.* – 2020. – P.912-920.
13. Sher L. Are COVID-19 survivors at increased risk for suicide? *Acta Neuropsychiatrica.* – 2020. – № 32. – P. 270. – doi: 10.1017/neu.2020.21.
14. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China / Hai-Xin Bo [et al.] // *Psychol Med.* – 2020. – № 5. – P.1-2.
15. Dutheil, F. PTSD as the second tsunami of the SARS-Cov-2 pandemic / Dutheil F., Mondillon L. // *Psychol Med.* – 2020. – № 4. – P.1-2.
16. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak / Yang Y. [et al.] // *Lancet Psychiatry.* – 2020. – № 4. – P.9-12.
17. Adaptation of evidence-based suicide prevention strategies during and after the COVID-19 pandemic / Wasserman D. [et al.] // *World Psychiatry.* – 2020. – № 3. – P.294-306.
18. Lower Cortisol Levels in Depressed Patients with Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder / M. A. Oquendo [et al.] // *Neuropsychopharmacology.* – 2003. – № 28. – P. 591-598.
19. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and the Central Nervous System / F. G. De Felice [et al.] // *Trends Neurosci.* – 2020. – № 6. P. 355-357.
20. Understanding the neurotropic characteristics of SARS-CoV-2: from neurological manifestations of COVID-19 to potential neurotropic mechanisms / Z. Zhou [et al.] // *J Neurol.* – 2020. – № 8. – P.2179-2184.
21. The SARS-CoV-2 and mental health: From biological mechanisms to social consequences / D. Szcześniak [et al.] // *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry.* – 2020. – № 4. – P.20-29.
22. Evidence and Ongoing Hypothesis on Corona Virus (COVID-19) and Psychosis: Is Corona Virus and Psychosis Related? A Narrative Review / M. Tariqu [et al.] // *Psychol Res Behav Manag.* – 2020. – № 13. – P.701-704.
23. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study / A. Varatharaj [et al.] // *Lancet Psychiatry.* – 2020. – № 10. – P.875-882.
24. Command Suicidal Hallucination as Initial Presentation of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Case Report. / J. Mirza [et al.] // *Psychosomatics.* – 2020. – № 5. – P.561-564.
25. Slavich, G. M. From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression / Slavich G. M., Irwin M. R. // *Psychol Bull.* – 2014. – № 3. – P.774-815.
26. Leonard, B. E. Inflammation and depression: a causal or coincidental link to the pathophysiology? // *Acta Neuropsychiatr.* – 2018. – № 1. – P.1-16.
27. Social Stigma Associated With COVID-19 / UNICEF World Health Organization & International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. – 2020. – Url: <https://www.unicef.org/media/65931/file/Social%20stigma%20>

- associated%20with%20the%20coronavirus%20disease%2019%20(COVID-19).pdf. – Текст : электронный.
28. Розанов, В. А. Насущные задачи в сфере суицидальной превенции в связи с пандемией COVID-19 / В. А. Розанов // Суицидология. – 2020. – № 1. – С. 39-52.
29. Любов, Е. Б. Суицидальное поведение пожилых / Любов Е. Б., Магурдумова Л. Г., Цупрун В. Е. // Суицидология. – 2017. – № 1. – С. 3-16.
30. Vikram, T. COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic / Vikram T. Jain A. // Brain Behav Immun. – 2020. – P.952-953.
31. Gautam, M. Current and Future Challenges in the Delivery of Mental Healthcare during COVID-19 / Gautam M. Thakrar A. // SN Compr / Clin Med. – 2020. – P.1-6.
32. Zhenyu, Li. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control / Zhenyu, Li, Jingwu, Ge // Brain Behav Immun. – 2020. – P. 916-919.
33. Hospital suicide due to non-treatment by healthcare staff fearing COVID-19 infection in Bangladesh? / Mohammed A. [et al.] // Asian J Psychiatr. – 2020. – № 11. – P.1-12.
34. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study / Lu W. [et al.] // Psychiatry Res. – 2020. – P.54-59.
35. PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: what can we expect after the COVID-19 pandemic / Carmassi C. [et al.] // Psychiatry Res. – 2020. – P. 39-42.
36. COVID-19. Практическое применение глобальной стратегии реагирования в Европейском регионе ВОЗ / Всемирная организация здравоохранения; Европейское региональное бюро. – 2020. – Url: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/2020/covid-19-operationalization-of-the-global-response-strategy-in-the-who-european-region-september-2020> (дата обращения: 29.10.2020).
37. Шеремет, А. Н. Пандемия неравенства. Социально-экономические аспекты и последствия COVID-19 // Журнал «Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования». – 2020. – № 4. – С. 136-141.
38. The Implications of COVID-19 for Mental Health and Substance Use / Panchal N. [et al.] // KKF. – 2020. – Url: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-implications-of-covid-19-for-mental-health-and-substance-use/> (Дата обращения: 11.11.2020).
39. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness / Leigh-Hunt N. [et al.] // Publ. Health. – 2017. – P. 157-171.
40. The interpersonal theory of suicide / Van Orden K.A. [et al.] // Psychol Rev. – 2010. – № 2. – P. 575-600.
41. Bennardi, M., Caballero, F.F. Longitudinal Relationships between Positive Affect, Loneliness, and Suicide Ideation: Age Specific Factors in a General / Bennardi M., Caballero F.F. // Suicide Life Threat Behav. – 2019. – № 1. – P.90-103.

Сведения об авторах

Мурзакаев Азат Айдарович — ассистент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, врач-психиатр ОМКО СОКПБ. Адрес для переписки: murzakaevazat@gmail.com.
Есина Ольга Борисовна — канд. мед. наук, ассистент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: yesinao@mail.ru.
Сизикова Елена Алексеевна — студентка 5-го курса лечебно-профилактического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.
Громова Алена Алексеевна — студентка 5-го курса педиатрического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК: ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 159.97 + 616.61, 616-05

К.С. Обухова^{1, 2}

¹Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, г. Екатеринбург,
Российская Федерация

²Уральский федеральный университет им. первого Президента России Б.Н. Ельцина,
г. Екатеринбург, Российская Федерация

Статья посвящена обзору зарубежных и отечественных исследований по проблеме аффективных расстройств у пациентов, страдающих хронической болезнью почек (ХБП) на разных стадиях болезни. Представлен обзор показателей распространенности аффективных расстройств у нефрологических пациентов, особенностей клинических проявлений на разных стадиях хронической болезни почек.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, аффективные расстройства, стадии ХБП.

AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE: REVIEW OF STUDIES

K.S. Obukhova^{1, 2}

¹Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital, Yekaterinburg, Russian Federation;

²Ural Federal University by the first President of Russia B.N. Yeltsin, Yekaterinburg, Russian Federation

The article is devoted to the review of foreign and domestic studies on the problem of affective disorders in patients suffering from chronic kidney disease (CKD) at different stages of the disease. An overview of the prevalence of affective disorders in nephrological patients features of clinical manifestations at different stages of chronic kidney disease.

Keywords: chronic kidney disease, affective disorders, stages of CKD.

Введение

По разным данным, распространенность хронической болезни почек (ХБП) составляет 5-16 % в общей популяции населения [1]. В ежегодном докладе ВОЗ (2000 г.) отмечается, что патология почек и мочевых путей ежегодно приводит к смерти примерно 1 млн человек из 30-35 млн лиц, умирающих от всех хронических заболеваний [2]. С каждым годом увеличивается число зарегистрированных пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности, в 2002 году их количество составляло 29 тыс. человек, а к 2014 году — более 67 тыс. человек [3].

Психическая жизнь человека представляет собой целостный многогранный процесс отражения окружающего мира во всем его многообразии. Необходимым элементом отражательной деятельности является эмоциональная сфера личности, которая понимается как комплекс внутренних психологических состояний, проявляющихся в субъективных отношениях, переживаниях и в экспрессивно-коммуникативном поведении. Эмоции — это физиологические состояния человека, отражающие субъективное отношение к происходящему, к окружающим людям и самому себе. Эмоции являются индикатором состояния: если человек страдает от какого-то заболевания, эмоциональное состояние начинает меняться, иногда приобретая патологическую окраску. Эмоциональные нарушения — группа психических нарушений, которые проявляются чрезмерным выражением естественных эмоций человека или нарушением их динамики (неустойчивостью либо тугоподвижностью) [4].

Наиболее часто специалисты в области клинической психологии и психиатрии встречаются в своей практике с такими эмоциональными нарушениями, как депрессия, тревожные состояния, агрессивность. Данные нарушения являются негативными для человека, они мешают адекватно реализовывать поставленные перед собой цели, нарушают адаптацию, снижают качество жизни и приносят страдания. Достаточно известно является факт частого сочетания депрессивных расстройств с соматическими и неврологическими заболеваниями.

Предметом многочисленных исследований различных специалистов являются тесные клиничко-патогенетические связи хронической болезни почек и аффективных расстройств, в частности депрессий и тревожно-депрессивных состояний.

Дискуссия и обсуждение

Депрессия широко распространена у пациентов с ХБП, что подтверждает систематический обзор и метаанализ 216 исследований с участием 55982 пациентов с ХБП (в том числе находящихся на гемодиализе). Авторы обнаружили, что распространенность депрессивных симптомов при оценке с помощью скрининговых анкет составляет 26,5 %, при оценке посредством клинического интервью — 21,4% [5]. Установлено, что депрессия диагностируется у пациентов с хронической болезнью почек на разных стадиях

заболевания и затрагивает около 20 % больных еще до начала заместительной почечной терапии (ЗПТ) [6].

Эмоциональные нарушения у пациентов на начальных стадиях ХБП (1-3 стадия).

Хроническая болезнь почек является медленно протекающим заболеванием и на начальных стадиях не вызывает у пациента особенно много жалоб, почечная функция может снижаться в течение нескольких лет. На начальных стадиях заболевания почек пациенты наблюдаются чаще амбулаторно, при негативных показателях в анализах проходят консервативное лечение в стационарных отделениях. Таким пациентам необходимо регулярно проходить обследования, вносить изменения в питание и привычки. К сожалению, нарушение функции почек может протекать бессимптомно, и часто пациенты попадают в стационар после медицинского осмотра по месту работы, где обнаружилось нарушение. Вследствие непредставленности болезненных ощущений в сознании пациенты не контролируют свою болезнь, что приводит к скрытому ее прогрессированию. Эмоциональные расстройства у больных с заболеваниями почек зависят от степени выраженности нарушения функции почек. На начальных этапах болезни развиваются симптомы эмоциональной неустойчивости, обусловленные выраженной астенией, далее возможно развитие тревожных, астено-депрессивных, тревожно-депрессивных синдромов субпсихотического или невротического уровней.

Эмоциональный статус пациентов на ранних стадиях ХБП представлен депрессивными реакциями, связанными не с фактом заболевания, а с процессом госпитализации, нахождением в больнице, напряженным и тревожным ожиданием конца пребывания в стационаре. Данные реакции связаны, прежде всего, с социальными проблемами, в частности, с риском потери работы из-за частых и длительных госпитализаций, ограничений, накладываемых на условия и характер работы. Вследствие несформированности интрацептивных ощущений в сознании болезнь воспринимается скорее как ограничение на профессиональную деятельность, чем то, что приносит соматические страдания [7].

Тревожно-депрессивные расстройства представляют собой чувство тоски, тревоги, вины, ангедонию, утрату интереса к привычным занятиям, снижение социальной активности, депрессивные ассоциации относительно будущих перспектив, снижение критической оценки состояния, снижение аппетита. В развитии данных расстройств принимает участие как соматогенный фактор, так и психотравмирующее влияние хронического заболевания. Болезнь почек вносит в жизнь физическую и моральную дисгармонию, требуется смена образа жизни, дополнительная организация питания, дозирование количества нагрузок, ограничение в определении мест и способа отдыха, межличностных контактов. Со временем чувство тревоги становится всеобъемлющим, появляются раздражительность, психи-

ческое напряжение, нарушения сна и аппетита, двигательное беспокойство. Если клиника ХБП включает в себя болевой компонент в виде приступа колик, то у больных может формироваться страх на ожидании этих приступов, что влечет за собой опасение оказаться далеко от мест оказания медицинской помощи, стремление избегать активных видов спорта, что существенно снижает качество жизни.

Депрессия является независимым фактором риска госпитализаций и смерти как у пациентов, получающих диализ, так и у пациентов на ранних стадиях [9, 17]. Психиатрические расстройства в популяции с ХБП были связаны со значительным снижением общего качества жизни, быстрым прогрессированием до терминальной почечной недостаточности (ТПН), а также более высоким риском госпитализации и смерти [8, 9, 10, 17]. О частоте встречаемости панических атак у пациентов с ХБП как в зарубежных, так и в отечественных источниках не упоминается.

Эмоциональные нарушения у пациентов, находящихся на терминальной стадии (4-5 стадия) и получающих лечение гемодиализом носят более стойкий характер. С началом диализа появляется «привязанность» к месту проведения лечения, к аппарату «искусственная почка», полная зависимость жизненного уклада вплоть до смены места жительства ближе к проведению процедуры, не говоря про установление инвалидности, в некоторых случаях потерю постоянного места работы. Пациенты, описывая свои переживания, сравнивают себя с жертвой лечения: вместо того чтобы помогать, оно доставляет больше трудностей, вызывает чувство беспомощности, депрессию, даже обиду [11]. Иначе говоря, резко снижается качество жизни таких пациентов. По сравнению с общей популяцией населения увеличивается риск суицидального поведения. Пациенты с терминальной стадией почечной недостаточности, находящиеся на гемодиализе, имели повышенный риск суицида, более того, пациенты, которые первоначально прошли диализ в течение 0-3 месяцев, имели значительно повышенный риск самоубийства [12].

Для больных с хронической почечной недостаточностью характерна прямая зависимость между тяжестью соматического состояния и развитием аффективных расстройств. К депрессивному состоянию присоединяется агрессивность, враждебность, чувство разочарования [7, 15]. Это может быть связано как с раздражительностью на фоне астении вследствие влияния уремии на психику, так и с эмоциональной реакцией на факт осознания заболевания, его тяжести и хронизации, на вынужденную смену привычного образа жизни. Пациенты отмечают негативное ожидание относительно межличностных отношений, отмечают свою эстетическую неполноценность, связанную с фистулами на видимых местах, присутствует осознание того, что «Я не такой, как они, здоровые» [7, 13, 14, 16]. В то же время на фоне улучшения самочувствия в связи со снижением интоксикационного воздействия

на психику у больных может актуализироваться психотравмирующее влияние заболевания и социальных факторов, усиливается реакция личности на болезнь и лечение гемодиализом. С медицинской точки зрения кажется очевидным и однозначным, что операция по трансплантации почки может существенно повысить качество жизни, но это не является таковым с психологической точки зрения. Отношение к операции по трансплантации почки существенно влияет на эмоциональное состояние пациента. Хирурги-трансплантологи и координаторы по вопросам трансплантологии отмечают случаи, когда страх, беспокойство, возмущение у пациентов настолько сильны, что заставляют их, получив звонок из центра пересадки, находить различные причины для невозможности в данный момент приехать на операцию, что является рационализацией бессознательных импульсов [1]. В первую очередь, это страх перед оперативным вмешательством, некоторые боятся последствий операции, ее неудачного исхода, возможного отторжения, а иные боятся отказаться от уже сложившегося уклада жизни. В ряде случаев трансплантированный орган воспринимается реципиентами как «инородное тело», что опосредованно выражается в актуализации интрапсихических конфликтов, депрессии, в несоблюдении режима послеоперационного лечения, в нарушении комплаенса [18]. Трансплантация органов обуславливает формирование «новой психологической реальности», к которой личности предстоит адаптироваться. После трансплантации донорского органа вместе с соматическим восстановлением происходит процесс психологической адаптации, то есть когнитивной и эмоциональной интеграции донорского органа в «новый» образ тела.

Выводы

Исходя из вышесказанного, можно сделать следующие выводы. Эмоциональные нарушения у пациентов с хронической болезнью почек возникают на протяжении всего заболевания — с момента постановки диагноза до трансплантации почки. Если на начальных этапах источником негативных эмоций становятся изменения в профессиональном статусе, риск потери работы, необходимость и длительность госпитализации, то с прогрессированием ХБП тревожные и депрессивные состояния становятся следствием полного изменения образа жизни, зависимости от аппаратов. Пациентам на гемодиализе приходится выстраивать всю жизнь вокруг данной процедуры. У пациентов с ХБП увеличивается суицидальный риск. К депрессивному состоянию присоединяются агрессивность, враждебность, чувство беспомощности. Отношение к операции по трансплантации почки существенно влияет на эмоциональное состояние пациента. Глубокая депрессия может привести к отказу от лечения, к рискам отторжения уже пересаженного органа. Трансплантация органа, «инородного тела» требует психологической адаптации.

Литература

1. Verhave, J. C. The association between atherosclerotic risk factors and renal function in the general population // *Kidney International*. – 2005. – Vol. 67, № 5. – P. 1967-73.
2. Нефрология. Национальное руководство / Под ред. Н. А. Мухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 608 с.
3. Анализ уронефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за период 2002–2014 гг. по данным официальной статистики / Каприн А. Д., Аполихин О. И., Сивков А. В., [и др.] // *Экспериментальная и клиническая урология*. – 2016. – С. 3.
4. Крылов, В. И. Нарушение эмоциональной и волевой регуляции психической деятельности как основа для развития навязчивых нарушений / Крылов В. И., Бутылин Д. Ю. // *Вестник психиатрии и психологи Чувашии*. – 2014. – № 10. – С. 14-20.
5. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies / Palmer S, Vecchio M, Craig J. C. [et al.]. // *GF Kidney Int*. – 2013. – Vol. 84. №1. – P. 179-91.
6. Prevalence of major depressive episode in CKD / Hedayati S. S., Minhajuddin A. T., Toto R. D. [et al.] // *Am. J. Kidney Dis*. – 2009. – Vol. 54, № 3. – P. 424-32.
7. Обухова, К. С. Психологические факторы формирования нозогений у пациентов с хронической болезнью почек // *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология*. – 2018. – № 11 (3). – С.110-115.
8. A preliminary investigation of depression and kidney functioning in patients with chronic kidney disease / Cukor D, Fruchter Y, Ver Halen N [et al.]. // *S.J. Nephron. Clin. Pract.* – 2012. – Vol. 122. – № 3-4. – P.139-45.
9. Association of symptoms of depression with progression of CKD / Tsai Y. C., Chiu Y. W., Hung C. C. [et al.] // *Am. J. Kidney Dis*. – 2012. – Vol. 60, № 1. – P.54-61.
10. Increased risk of progression to dialysis or death in CKD patients with depressive symptoms: A prospective 3-year follow-up cohort study / Chiang H. H., Guo H. R., Livneh H. [et al.] // *J Psychosom. Res*. – 2015. – Vol. 79, № 3. – P.228-32.
11. Understanding the impact of hemodialysis on UK National Health Service patients' well-being: A qualitative investigation / Jones D. J., Harvey K, Harris J. P. [et al.] // *J. Clin. Nurs*. – 2018. – Vol. 27. – № 1-2. – P. 193-204.
12. Suicide and chronic kidney disease: a case-control study / C.-H. Liu, M.-K. Yeh, S.-C. Weng [et al.] // *Nephrology Dialysis Transplantation*. – 2017. – Vol. 32, № 9. – P. 524-1529.
13. Risk of development of secondary alexithymia in depressive patients on hemodialysis / Baranskaya L., Uskova E., GavriloVA V., Obukhova K. // *XVI European congress of psychology*. – 2019. – P. 120.
14. The risk factors disrupting psychological adaptation in patients of prolonged dialysis treatment / Baranskaya L., Sokolova E., GavriloVA V., Obukhova Ks. // *Psychiatria Danubina*. – 2019. – Vol. 31, № S4. – P. 655-656.
15. Trzcinska, M. Psychological Aspects of Kidney Transplantation. After the Kidney Transplant // *The Patients and Their Allograft*, Prof. Jorge Ortiz (Ed.). – In Tech. 2001. – P. 398.
16. Dynamics of Cognitive and Emotional Disturbances in Patients with Chronic Kidney Disease / Baranskaya L. T., Klimusheva N. F., Stolyar A. G., Emelyanova L. A. // *J Psychol Clin Psychiatry*. – 2018. – № 9 (4). – P.00514. – Doi: 10.15406/jpcpy.2018.09.00514.
17. Association between Major Depressive Episodes in Patients with Chronic Kidney Disease and Initiation of Dialysis, Hospitalization, or Death // *JAMA*. – 2010. – Vol. 303, № 19. – P.1946-1953.
18. Готье, С. В. Психологическая адаптация и реабилитация реципиентов донорских органов / Готье С. В., Климушева Н. Ф. // *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. – 2016. – № 18 (2). – С. 37-45.
19. Тхостов, А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.

Сведения об авторе

Обухова Ксения Сергеевна — медицинский психолог, ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница»; ассистент кафедры клинической психологии и психофизиологии, ФГАОУ ВПО УрФУ им. первого Президента России Б. Н. Ельцина. Адрес для переписки: obukhova.ks@gmail.com.

.....

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ПАЦИЕНТСКОГО КОМПЛАЕНСА

УДК 616-052

**А.П. Сиденкова, Н.В. Изможерова,
И.В. Коврижных, Э.Р. Гарифуллина**

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В представленном литературном обзоре отражены современные представления о пациентском комплаенсе как общемедицинской проблеме. Рассмотрены основные психосоциальные факторы, улучшающие либо ухудшающие комплаенс, с приведением примеров конкретных нозологических форм. Показано, что именно в удовлетворении мотивов пациента лежит ключевой момент конгруэнтности системы «врач-пациент», без чего невозможно построение адекватного медикаментозного пациентского комплаенса.

Ключевые слова: комплаенс, факторы комплаенса, мотивы пациента.

PSYCHOSOCIAL COMPONENTS OF PATIENT COMPLIANCE

**A.P. Sidenkova, N.V. Izmozherova,
I.V. Kovrizhnykh, E.R. Garifullina**

Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

This literature review reflects the current understanding of patient compliance as a general medical problem. The main psychosocial factors that improve or worsen compliance considered using examples of specific nosological forms. It is shown that it is precisely in the satisfaction of the patient's motives that the key moment of the "doctor-patient" system consistency lies, without which it is impossible to build an adequate patient compliance to treatment.

Keywords: compliance, compliance factors, patient's motives.

Введение

Согласно данным ВОЗ, лишь 50 % пациентов, проживающих в развитых странах и страдающих хроническими заболеваниями, соблюдают достаточно долго рекомендации, данные лечащим врачом [1]. Из-за такого низкого уровня приверженности к терапии многие пациенты, проконсультированные специалистами здравоохранения и получившие лечение согласно стандартам, не получают эффекта от оказанной помощи. Это приводит к большому количеству повторных обращений за медицинской помощью. Так, например, в США около 5 % пациентов находятся в медицинских учреждениях из-за последствий некомплаенса [2]. Нарушение терапевтического режима закономерно ведет к ухудшению состояния здоровья пациента и может привести к неблагоприятному исходу — в Европе летальность вследствие пациентского некомплаенса была оценена в 200000 человек за год [3]. Кроме человеческих потерь, некомплаентность наносит удар и по финансовым операциям в здравоохранении: Европейская ассоциация федераций фарминдустрии оценивает убытки от пациентского некомплаенса в 125 млрд евро в год, в то время как в США эта цифра доходит до 300 млрд долларов в год [2, 3]. Все это говорит о том, что отсутствие приверженности к лечению — это одна из краеугольных проблем современного здравоохранения, приносящая огромные человеческие и ресурсные потери.

История вопроса приверженности к лечению и определения конкретного термина, обозначающего его, ведут к XX веку. Первыми, кто поднял тему комплаенса, были R.B. Haynes, D.L. Sackett, D.W. Taylor. Авторы использовали в своей работе понятия «patient compliance», «adherence», «noncompliance», сразу поднимая вопрос о возможности измерения комплаенса [4].

Англоязычное слово «compliance» имеет много значений и применяется как термин не только в медицине, но и в банковском деле, менеджменте, физике и т.д. Его перевод в общеупотребительном значении — «податливость». Для медицинского термина более точным будет перевод «согласие». А комплаентность — это соблюдение больным режима и схемы лечения. В «Большом медицинском англо-русском словаре» Г.Н. Акжигитова можно найти следующие термины, синонимичные комплаенсу: «adherence» — соблюдение указаний врача. В некоторых источниках можно найти прямой перевод этого слова — «приверженность»; «faithful adherence» — трогое соблюдение правил приема медикамента или иного лечебного воздействия; «noncompliance» — несоблюдение, неподчинение, несогласие, несоответствие; «concordance» — согласие, соответствие; «patient-physician concordance» — взаимопонимание врача и больного, комплаентность [5].

Сложность и неоднозначность в использовании этих, на первый взгляд, похожих терминов существует и в английском языке. Как правило, термин «комплаенс» означает слепое следование пациентом назначениям врача и отражает

патерналистское отношение к пациенту, в то время как «adherence» (приверженность) подразумевает союз врача и пациента. Некоторые авторы, например J.F. Steiner, M.A. Earnest, в своей статье советуют вообще уйти от клинически неточных терминов «adherence» и «compliance», поскольку цель заключается не в строгом соблюдении рекомендаций, а в улучшении здоровья и качества жизни пациентов [6]. Jeffrey K. Aronson рассматривает разницу терминов, раскрывая смысл «concordance» с опорой на Оксфордский словарь английского языка как согласие и гармонию, а одно из толкований слова «compliance» определяя как «единство, дружеские отношения между сторонами», что, по его мнению, одно и то же, поэтому он отдает предпочтение термину «adherence», который в том же словаре трактуется как «постоянство в практике, наблюдении и уходе» [7]. В целом, такое многообразие понятий, описывающих сходное явление, позволяет говорить о сложности и многогранности проблемы комплаенса.

Цель работы

Выявить основные психосоциальные компоненты пациентского комплаенса.

Материалы исследования

Литература в базах данных РИНЦ, PubMed, Google Scholar.

Факторы комплаенса

Огромное значение в формировании пациентского комплаенса принадлежит социальным и экономическим факторам. Как правило, среди наиболее частотных и достоверно изученных факторов выделяют следующие: более молодой возраст пациентов, низкий уровень образования, жизнь в одиночестве, мужской пол и высокая профессиональная занятость. Эти факторы снижают комплаентность.

Среди факторов, увеличивающих пациентскую комплаентность, исследователи отмечают высокий уровень семейного дохода и наличие хотя бы одного члена семьи, больного артериальной гипертензией. Расовая принадлежность исследуемых и их стаж заболевания никак не влияют на комплаентность [8]. Кроме того, существуют факторы, показавшие в разных исследованиях противоречивую эффективность: уровень медицинской грамотности — знания о своем заболевании, понимание процессов, происходящих в организме вообще. Так, в исследовании Mark S. Juzych и соавторов, проведенном среди 204 пациентов с глаукомой у людей с более низким уровнем медицинской грамотности, выявленной с помощью устного опроса, достоверно ухудшены состояния полей зрения и увеличена скорость их потери [9]. Однако существуют и другие данные, например, в исследовании S. Jandorf, проведенном в Дании среди пациентов с различной хронической патологией сетчатки, не было выявлено значимой связи между уровнем медицинской грамотности и исходом заболевания. При этом уровень грамотности исследуе-

мых был достаточно высоким — от 63 до 73 % по результатам стандартизованного теста [10]. Уровень образования — еще один модифицируемый фактор риска, который улучшает прогнозистический исход при различных заболеваниях и способен улучшить пациентский комплаенс. В исследовании Mohammad Abdul Salam отмечено, что между наличием высшего образования и высокой степенью приверженности лечению существует достоверная причинно-следственная связь [11].

Низкая комплаентность, связанная с системой здравоохранения, в том числе с врачом.

В системе здравоохранения пациенты сталкиваются не только с организационными и режимными сложностями. Самый главный фактор здравоохранения, воздействующий на пациента, — это медицинский персонал, в первую очередь, лечащий врач. От тактики лечащего врача зависят многие опосредованные факторы комплаентности. Один из наиболее обсуждаемых факторов, с помощью которого врач может влиять на пациента, — это эмпатия доктора. Физиологические аспекты влияния эмпатии на пациентов были достоверно подтверждены некоторыми исследователями. Кроме того, проявление эмпатии со стороны врача улучшает терапевтическое сотрудничество между врачом и пациентом, так как помогает наладить контакт [12]. Однако эмпатия — это крайне дорогой ресурс, который может приводить к быстрому выгоранию врачей, поэтому полезность постоянного использования эмпатии в упрочении комплаенса остается дискуссионной [13]. Коммуникация — это важный компонент процесса медицинской помощи. Благодаря терапевтическим отношениям между врачом и пациентом пациенты получают исчерпывающую информацию о своих схемах лечения, поощряются и поддерживаются в их мотивации. Кроме того, пациенты также предлагаются помощь в сборе и использовании необходимых ресурсов для соблюдения предписаний. Поэтому самому врачу важно не иметь предубеждений в отношении пациента. Эта предубежденность может проявляться в культурных, расовых различиях, в том числе в виде эйджизма. Уже со времени обучения профессии формируется отношение будущего врача к пациентам разной возрастной группы, что в дальнейшем влияет на контакт врач—пациент, а это, в свою очередь, влияет на комплаентность и терапию [14].

Низкая комплаентность, обусловленная особенностями пациента.

Один из наиболее важных факторов, влияющих на комплаентность пациента, — это его личностные особенности, так как в альянсе «врач—пациент», составляющем основу формирования комплаентного поведения, происходит взаимодействие личностей пациента и врача. Несмотря

на то что проблема пациентской комплаентности изучается достаточно давно и рассмотрена с разных точек зрения, найти эффективные способы усиления приверженности к лечению на данный момент не удалось. Проведенные исследования опирались на формальные критерии работы диады «врач—пациент», при этом личностные особенности пациентов либо не учитывались, либо были недостаточно оценены. Зачастую при оценке комплаентности пациента при различных соматических заболеваниях учитывались исключительно те показатели, которые были связаны с основным заболеванием, например, лабораторные данные, снижение симптоматики, осложнений, побочных и нежелательных эффектов, варианты исхода. Психологическая же удовлетворенность оценивается реже, для ее определения используется мало специализированных тестов и других методов исследования.

В повседневной клинической практике существует проблема, связанная с конфликтом мотивов между пациентом и врачом. Эта проблема возникает из-за того, что каждый из участников этой диады не пытается понять мотивы своего собеседника. Мотивы могут быть различными: одни пациенты стремятся снизить интенсивность присутствующей у них симптоматики и избавиться от болезни, другие могут преследовать выгоду — формальное получение листа нетрудоспособности без вовлеченности в процесс излечения. В противовес этому есть пациенты, желающие быстрее вернуться в привычную социальную среду, на работу. Такие пациенты будут более комплаентными. Существует группа пациентов, нуждающихся в заботе семьи, друзей и, не получив нужного, они делегируют это системе здравоохранения. В то же время врач может ставить перед собой различные цели — вылечить страдающего пациента, снизить клинические проявления, повлиять на медико-статистические показатели, т.е. выполнить свои профессиональные обязанности, получить экономическую выгоду. В конечном счете между мотивами врача и пациента возникает конфликт, влияющий на комплаентность, в дальнейшем это ухудшается из-за того, что каждый из участников диады не получает желаемого, возникают новые неконгруэнтные мотивы, и патологический круг замыкается [15].

Заключение

Таким образом, комплаенс является многофакторным явлением. Социальные, психологические особенности пациентов и медицинских работников, особенности коммуникации в диаде «врач—пациент», удовлетворенность мотивов пациента при получении им медицинской помощи являются важными компонентами медикаментозного пациентского комплаенса.

Литература

1. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action; New-York: WHO, 2003
2. Schmidt, F. Non-Compliance verursacht vermeidbare Kosten bei Krankenkassen. — <https://www.kma-online.de/aktuelles/wirtschaft/detail/non-compliance-verursacht-vermeidbare-kosten-bei-krankenkassen-a-22766>.
3. Adherence to medication: A nation-wide study from the Children's Cancer Hospital (Egypt) / El Malla, H., Ylitalo Helm, N., Wilderng [et al.] // World J. Psychiatry. — 2013. — № 3 (2). — P. 25-33. — <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24175183/>
4. Haynes, R. B. Introduction. In: Compliance in Health Care / Haynes R. B., Sackett D. L., Taylor D. W. ; editors. Baltimore:

- Johns Hopkins. – University Press, 1979. – P. 1-18.
5. Акжигитов, Г. Н. Большой англо-русский медицинский словарь (БАРМС) / Акжигитов Г. Н., Акжигитов П. Г. – Москва. 2005.
6. Steiner, J. F. The Language of Medication-Taking / Steiner J.F., Earnes, M.A. // Ann Intern Med. – 2000. – № 132. – P. 926-930. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10836931/>
7. Aronson, J. K. Compliance, concordance, adherence // British journal of clinical pharmacology. – 2007. – 63 (4). – P. 383– 384. – <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2007.02893.x>.
8. Daniel, A. C. Factors that interfere the medication compliance in hypertensive patients / Daniel A. C., Queiroz G., Veiga, E. V. // Einstein (São Paulo) [online]. – 2013. – Vol. 11, № 3. – P. 331-337. – <https://doi.org/10.1590/S1679-45082013000300012>.
9. Functional Health Literacy in Patients With Glaucoma in Urban Settings / Juzych M. S., Randhawa S., Shukairy A. [et al.] // Arch Ophthalmol. – 2008. – 126 (5). – P. 718-724. – Doi:10.1001/archophth.126.5.718.
10. Low health literacy levels in patients with chronic retinal disease / Jandorf S., Krogh Nielsen M., Sørensen K., Sørensen T. L. // BMC ophthalmology. – 2019. – № 19 (1). – P. 174. – <https://doi.org/10.1186/s12886-019-1191-1>.
11. Salam, M. A. Socio-demographic Determinants of Compliance among Type 2 Diabetic Patients in Abha, Saudi Arabia / Salam, M. A., Siddiqui, A. F. // Journal of clinical and diagnostic research: JCDR. – 2013. – № 7 (12). – P. 2810-2813. – <https://doi.org/10.7860/JCDR/2013/6986.3708>.
12. Теоретические аспекты проблемы комплаенса / Сиденкова А. П., Изможерова Н. В., Сердюк О. В. [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2019. – № 13 (181). – С.5-12.
13. Samra, R. Empathy and Burnout in Medicine-Acknowledging Risks and Opportunities // J Gen Intern Med. – 2018. – № 33 (7). – P. 991-993. – Doi: 10.1007/s11606-018-4443-5.
14. Factors related to medical students' and doctors' attitudes towards older patients: a systematic review / Samra R., Cox T., Gordon A. L. [et al.] // Age and ageing. – 2017. – № 46 (6). – P. 911– 919. – <https://doi.org/10.1093/ageing/afx058>.
15. Проблемы приверженности лекарственной терапии в медицинской реабилитации / Шмонин А. А., Мальцева М. Н., Мельникова Е. В., Иванова Г. Е. // Medical rehabilitation. – 2017. – № 11 (140). – P. 20-27.

Сведения об авторах

Сиденкова Алёна Петровна — д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: sidenkovs@mail.ru
Изможерова Надежда Владимировна — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой фармакологии и клинической фармакологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: nadezhda_izm@mail.ru
Коврижных Иван Владимирович — студент педиатрического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.
Гарифуллина Эльвира Ришатовна — ординатор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: garifullina-96@inbox.ru

УЧАСТИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ШИЗОФРЕНОФОРМНЫХ ПОСЛЕРОДОВЫХ ПСИХОЗОВ: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

УДК 616-06

А.П. Сиденкова, Т.А. Обоскалова, Е.А. Сизикова, Е.С. Нестерова

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В связи со сложившейся социально-демографической ситуацией в стране и в мире изучение патогенетических особенностей послеродовых психозов является весьма актуальным. Целью данной работы являлся анализ литературных данных о факторах патогенеза шизофреноформных послеродовых психозов. Применение общенаучного метода и анализ публикаций баз данных PubMed, Cyberleninka, e-Library позволили подтвердить полифакторность послеродовых психозов, протекающих с шизофреноформной симптоматикой, указав, что в их генезе существенную роль могут играть генетические изменения в кодировании нейрофизиологических механизмов, проявляющиеся после родоразрешения, что повышает уязвимость женщины по отношению к неспецифическим воздействиям, а действие острого или хронического стрессовых факторов играют роль пусковых механизмов для реализации патогенетического каскада, который феноменологически может реализоваться в психотическое расстройство. Таким образом, формирование послеродовых шизофреноформных психозов следует концепции стресс-уязвимости.

Ключевые слова: послеродовые психозы, патогенез, эстроген, стресс.

PARTICIPATION OF BIOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL FACTORS IN THE PATHOGENESIS OF SCHIZOPHRENOFORM POSTNATAL PSYCHOSIS: A LITERARY REVIEW

A.P. Sydenkova, T.A. Oboskalova, E.A. Sizikova, E.S. Nesterova

Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

In connection with the current socio-demographic situation in the country and in the world, the study of the pathogenic characteristics of postpartum psychosis is highly relevant. The aim of this work was to analyze the literature data on the factors of the pathogenesis of schizophreniform postpartum psychoses. The application of the general scientific method and the analysis of publications in the PubMed, Cyberleninka, e-Library databases helped to confirm the multifactorial nature of postpartum psychoses, proceeding with schizophreniform symptoms, indicating that genetic changes in the coding of neurophysiological mechanisms that manifest themselves after delivery can play a significant role in their genesis. Women in relation to nonspecific influences, and the action of acute or chronic stress factors play the role of triggers for the implementation of the pathogenic cascade, which phenomenologically can be realized into a psychotic disorder. Thus, the formation of postpartum schizophreniform psychoses follows the concept of stress vulnerability.

Keywords: postpartum psychosis, pathogenesis, estrogen, stress.

Введение

Высокая убыль и постарение населения, наблюдающиеся во всем мире, в настоящее время детерминируют значимость различных аспектов репродуктивного здоровья женщин, в том числе состояние ее психического функционирования в послеродовом периоде.

Одним из наиболее драматичных в клиническом и социальном плане психических расстройств данного периода является послеродовой психоз (ПП), который, согласно диагностическим критериям DSM-IV, определяется как группа психических расстройств послеродового периода, начало или обострение которых происходит после рождения ребенка [1]. До настоящего времени отсутствует единство определения хронологических границ расстройства. DSM-IV и МКБ-10 границей развития данных расстройств указывают до 42 суток после родов. В DSM-V послеродовой психоз определяется как состояние, возникшее в пределах 4 недель после рождения ребенка [1]. Общая распространенность ПП составляет от 1 случая на каждые 500 родов до 2-х случаев на каждые 1000 родов [2, 3].

Данной группе расстройств присуща синдромальная вариабельность. По данным исследования А.М. Kamperman et al. (2017), из 130 обследованных пациенток наиболее часто отмечались дезорганизация мышления и галлюцинации (72 %), тревожность (71 %) [4]. В группе из 200 женщин, наблюдаемых А. Nahar et al. (2017), кататонический синдром выявлен в 20 % случаев, суицидальные и инфантицидные мысли обнаружены в 19 % и 8 % соответственно [5], что указывает на риск причинения вреда жизни и здоровью как самой женщине, так и ее ребенку [6, 7, 8].

Современные авторы указывают, что в разнообразии тяжелых послеродовых психозов включают как обострение прежде сформированного психического расстройства, так и психическое расстройство, манифестирующее в постнатальном периоде. Этиопатогенетическое деление послеродовых психозов позволяет выделить:

- а) шизофрению, шизофреноформные психические расстройства, аффективные психозы;
- б) интоксикационно-токсические психозы (аментивный синдром);
- в) сомато-реактивные психозы (бредовый, кататонический, острый парафренный) [6].

Достаточно большой удельный вес шизофреноформных психозов после родов, их полифакторность обуславливают актуальность настоящего исследования.

Цель работы

Анализ влияния биологических и психосоциальных факторов на формирование шизофреноформных психозов в послеродовом периоде.

Материалы и методы

В статье представлен обзор научных публикаций, посвященных исследованиям факторов патогенеза послеродового психоза. Анализу подверглись научные публикации из баз данных

PubMed, Cyberleninka, e-Library. В анализ включены мета-анализы, систематические обзоры, исследования «случай-контроль», когортные исследования. Применен общенаучный метод исследования.

Результаты и обсуждение

На многообразии механизмов формирования послеродовых психозов указывают многие авторы [3, 9]. Временная близость начала ПП к родам, высокая частота рецидивов и относительно стабильная распространенность и характер в разных обществах и культурах позволяют предположить, что на риск возникновения такого состояния могут существенно влиять биологические факторы [10, 11].

Один из наиболее очевидных механизмов патогенеза развития послеродовых психических расстройств ассоциирован с серьезными физиологическими изменениями, возникающими после изгнания плаценты, связанными с резким падением циркулирующих эстрогенов, увеличенных в период беременности за счет функционирования фето-плацентарного комплекса [12, 13, 14]. По мнению ряда исследователей, именно в период восстановления собственной регуляции гипоталамо-гипофизарной оси имеется высокий риск рецидива или манифестации послеродового психоза [15]. Такие резкие изменения гормональной регуляции у женщин, имеющих предпосылки к развитию психоза, являются его пусковым механизмом, реализующимся посредством связи уровня эстрогенов и серотонинергической функцией.

Исследования отечественных авторов выявили роль эстрадиола в ингибировании реаптейка основных нейротрансмиттеров (дофамина, серотонина), патогенетически связанных с развитием и формированием психотических симптомов, и его моделирующий эффект на NMDA-рецепторы [16, 17]. К. J. Lewis et al. (2016) высказали предположение, что аномальная чувствительность к данному эндокринологическому нарушению формирует уязвимость к послеродовому параноидному психозу у некоторых женщин или же способствует обострению шизофрении, диагностированной прежде и рассматриваемой некоторыми авторами как фактор риска послеродового психоза [18]. Обоснованность таких предположений подтверждают исследования, результаты которых демонстрируют аугментирующий эффект эстрадиола при антипсихотическом лечении шизофрении, в том числе возникающей в послеродовом периоде [19]. О недостаточном самостоятельном антипсихотическом эффекте эстрогена свидетельствуют данные С. Kumar и соавторов (2003), подтверждающие сложность нейроэндокринного контроля психического функционирования, в том числе при шизофреноформных послеродовых психозах [20].

Тесная связь послеродового психоза с расстройствами шизофренического спектра обусловлена многими факторами, в том числе генетическими. Исследования Н.В. Kumar и соавторов (2007), сосредоточенные на генах серо-

тонинергической системы, предоставили убедительные доказательства ассоциации между генами переносчика серотонина и рецептора серотонина 2A [21]. P.Dazzan и соавторы (2018) выявили, что ген CCN3, экспрессируемый в коре головного мозга и лимбической системе, модулирует работу эстрогенов, серотонина, цитокинов [22]. Однако по современным данным, сами по себе генетические вариации не могут объяснить, каким образом они повышают риск шизофрении, в том числе после родов [23]. В этой связи весьма интересной представляется предложенная N. Craddock и M.J. Owen (2010) гипотеза реализации структурных вариантов ДНК посредством кодирования нейрофизиологических механизмов, которые образуют нейронные модули, взаимодействующие с факторами внешней среды. В результате на клиническом фасаде проявляются группы симптомов, имеющие разную степень коморбидности, которые образуют так называемые дименсии психической патологии [24]. Данные J. Guintivano и соавторов (2014) указывают на усиление эстроген-опосредованного метилирования ДНК у женщин, которым поставлен диагноз послеродового бредового психоза в течение четырёх недель после родов, и указывают на два гена, связанных с передачей сигналов эстрогена (промоторные области NR1ВР3 и TTC9В) как значимо ассоциированные биомаркеры. Авторы предполагают, что женщины с послеродовым психозом могут иметь повышенную чувствительность к эпигенетическим изменениям, сопоставимую с уровнем циркулирующего эстрогена [25].

Параллельно с резкими изменениями, происходящими в физиологии матери после родов, происходят многочисленные внезапные изменения в ролях и обязанностях женщины, включая требования по уходу за новорождённым, что ассоциировано с новым чувственным опытом женщины [26]. Такое утверждение позволяет некоторым авторам указывать на вклад психосоциальных факторов в развитие послеродовых психических расстройств [27]. Наибольший интерес представляют изучение влияния стресса и исследования межличностных факторов. По мнению U. Halbreich (2005), M. O'Hara, K. Wisner (2014), стресс является фактором риска развития психоза в послеродовой период, особенно при сочетании с другими психологическими, социальными и биологическими факторами уязвимости [28, 29]. I.S. Yim et al. (2015) относят к стрессу, значимому для родильницы, эпизодические стрессовые факторы (жизненные события, катастрофические события, повседневные

неприятности), хронический стресс (родительский стресс, воспринимаемый стресс, хроническое напряжение) [30]. P.G. Ramchandani et al. (2009) считают, что разные типы жизненных событий по-разному влияют на начало послеродового психоза. Они отмечают, что вероятность его развития зависит от серьёзности события, поскольку воздействие экстремальных социальных стрессоров (например, наблюдение за насильственным преступлением, опасность быть убитым) оказывало большее влияние на развитие послеродового психического расстройства, чем более лёгкие семейные и экономические факторы [31]. В работе Z. Qu (2012) указана значительная связь между более тяжёлым опытом стихийного бедствия и большей вероятностью обострения шизофренического психоза в послеродовом периоде [32]. В ряде исследований отмечается, что стресс, связанный с уходом за детьми, может повышать риск развития послеродового психоза [33]. К специфическим факторам родительского стресса относят: уход за младенцем с проблемами темперамента, коликами, безутешным или чрезмерным плачем [34]. По мнению I. S. Yim et al. (2015), воспринимаемый стресс и хронические перегрузки, финансовый стресс являются значимыми факторами риска послеродовых психозов [30]. По мнению C.L. Dennis, L.E. Ross (2006), качество отношений женщины с партнером, матерью, наличие социальной поддержки в перинатальном периоде, конфликтные, жестокие или не поддерживающие отношения со значимым окружением также могут быть сопряжены с риском психотического послеродового расстройства [35].

Выводы

Несмотря на редкость заболевания, изучение послеродовых психозов является актуальным, т.к. женщины в таком болезненном состоянии могут причинить вред здоровью, иногда с угрозой жизни, не только себе, но и ребенку. Многофакторность развития данной патологии подтверждают многочисленные исследования. Резкие гормональные изменения после родоразрешения, генетическая предрасположенность к шизофрении повышают уязвимость женщины к психической дезадаптации, а действие острого или хронического стрессовых факторов играют роль пусковых механизмов для реализации патогенетического каскада, который феноменологически может реализоваться в психотическое расстройство. Таким образом, формирование послеродовых шизофреноформных психозов следует концепции стресс-уязвимости.

Литература

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 1994. – P. 886.
2. Ушалова, Е. А. Лечение психических заболеваний в период беременности и лактации / Е. А. Ушалова [и др.]. – М.: Инфра, 2013. – С. 99-102.
3. Valdimarsdóttir U. Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: a population-based study / U. Valdimarsdóttir, C.M. Hultman [et al.] // PLoS Med. – 2009. – № 6. – P. 13.
4. Phenotypical characteristics of postpartum psychosis: A clinical cohort study / Kamperman A. M., Veldman-Hoek M. J. [et al.] // Bipolar Disorder. – 2017. – № 6. – P.450-457.
5. Catatonia among women with postpartum psychosis in a Mother-Baby inpatient psychiatry unit / Nahar A., Kondapuram N., Desai G., Chandra P. S. // Gen. Hosp. Psychiatry. – 2017. – № 4. – P. 40-43.

6. Post-partum psychosis: an acute illness requiring resolute action. / Sommer I E., Somers M. [et al.] // Ned Tijdschr Geneesk. – 2015.
7. Infanticide en post-partum: à propos d'un cas [Infanticide in the postpartum period: about a clinical case] / Rammouz I., Tahiri D. A. [et al.] // Encephale. – 2008. – № 3. – P. 284-292.
8. Attempted infanticide and suicide inaugurating catatonia associated with Hashimoto's encephalopathy: a case report / Lalanne L., Meriot M. E. [et al.] // BMC Psychiatry. – 2016. – № 1. – P.16.
9. Послеродовые психозы (обзор литературы) / Голяновский О. В., Падалко А. А. [и др.] // Health of woman. – 2015. – № 4. – P. 57-62.
10. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period / Jones I., Chandra P. S. [et al.] // Lancet. – 2014. – P.1789-1799.
11. A review of postpartum psychosis / Sit D., Rothschild A. J. [et al.] // J Women's Health (Larchmt). – 2006. – № 15. – C. 352-368.
12. Hormonal replacement therapy in postpartum affective disorders / Balaraman Y., Schmetzer A. D. // Ann Clin Psychiatry. – 2011. – № 23. – C.71-72.
13. Estrogen-progesterone combination for treatment-refractory post-partum mania / Huang M. C., Wang Y. B. [et al.] // Psychiatry Clin. Neurosci. – 2008. – № 62. – P. 126.
14. Радзинский, В. Е. Акушерство / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1040 с.
15. Thippeswamy, H. A new molecular risk pathway for postpartum mood disorders: clues from steroid sulfatase-deficient individuals / Thippeswamy H., Davies W. // Arch Women's Ment. Health. – 2020. – № 11. – P. 165-197.
16. Эстрогены и головной мозг / Карева Е. Н., Олейникова О. М., Панов В. О. [и др.] // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2012. – Т. 67, № 2. – С. 48-59.
17. Hayes E., Gavrilidis E. The role of oestrogen and the hormones in the pathophysiology and treatment of schizophrenia / Hayes E., Gavrilidis E. // Schizophrenia. Res.Treatment. – 2012.
18. Is sleep disruption a trigger for postpartum psychosis? / Lewis K. J., Foster R. G. [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2016. – № 208. – P. 409-411.
19. Effect of Adjunctive Estradiol on Schizophrenia among Women of Childbearing Age: A Randomized Clinical Trial / Weiser M., Levi L. [et al.] // JAMA Psychiatry. – 2019. – № 76. – P. 1009-1017.
20. Estrogen administration does not reduce the rate of recurrence of affective psychosis after childbirth / Kumar C., Mclvor R. J. [et al.] // J. Clin. Psychiatry. – 2003. № 64. – № 112-120.
21. Serotonergic candidate genes and puerperal psychosis: an association study / Kumar H. B., Purushottam M. [et al.] // Psychiatr. Genet. – 2007. – № 17. – P. 253-260.
22. Do Defective Immune System-Mediated Myelination Processes Increase Postpartum Psychosis Risk? / Dazzan P. [et al.] // Trends in Molecular Medicine 24. – 2018. – P. 942-949.
23. Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Biological insights from 108 schizophrenia associated genetic loci / Ripke S. [et al.] // Nature. – 2014. – № 511. – P.421-427.
24. Craddock, N. The Kraepelinian dichotomy – going, going ... but still not done / Craddock N., Owen M. J. // Br. J. Psychiatry. – 2010. – Vol. 196, № 2. – P. 92-95.
25. Antenatal prediction of postpartum psychosis with blood DNA methylation biomarkers / Guintivano J., Arad M. [et al.] // Mol. Psychiatry. – 2014. – № 19. – P. 560-567.
26. Воробьева, М. Е. Особенности изменения социальных ролей женщины во время и после беременности // Актуальные проблемы и перспективы развития современной психологии. – 2019. – С. 25-30.
27. Факторы риска послеродовой депрессии / Метько Е. Е., Майборода А. А. [и др.] // Молодой ученый. – 2018. – № 15 (201). – С.173-175.
28. Halbreich, U. Postpartum disorders: multiple interacting underlying mechanisms and risk factors // J. Affect. Disorder. – 2005. – № 88. – P. 1-7.
29. O'Hara, M. W. Perinatal mental illness: definition, description and etiology / O'Hara M. W., Wisner K. L. // Best Pract. Res Clin. Obstetric Gynaecol. – 2014. – № 28. – P. 12-15.
30. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration / Yim, I. S., Tanner Stapleton [et al.] // Annual review of clinical psychology. – 2015. – № 11. – P. 99-137.
31. Predictors of postnatal depression in an urban South African cohort / Ramchandani P. G., Richter L. M. [et al.] // J Affect Disorder. – 2009. – № 113. – P.279-284.
32. Posttraumatic stress disorder and schizophrenia among new mothers at 8 months later of the 2008 Sichuan earthquake in China / Qu Z., Wang X. [et al.] // Arch Women's Ment Health. – 2012. – № 15. – P. 49-55.
33. Maternal depression and infant temperament characteristics / McGrath J. M., Records K. [et al.] // Infant Behav Dev. – 2008. – № 31. – P. 71-80.
34. Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms / Radesky J. S., Zuckerman B. [et al.] // Pediatrics. – 2013. – № 131. – P. 1857– 1864.
35. Dennis CL, Ross LE. Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms / Dennis C. L., Ross L. E. // J. Adv. Nurs. – 2006. – № 56. – P. 588-599.

Сведения об авторах

Сиденкова Алёна Петровна — д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: sidenkovs@mail.ru.

Обоскалова Татьяна Анатольевна — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: oboskalova.tat@yandex.ru.

Сизикова Елена Алексеевна — студентка 5-го курса лечебно-профилактического факультета, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.

Нестерова Екатерина Сергеевна — студентка лечебно-профилактического факультета, ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России.

