

ПСИХИАТРИЯ

научно-практический журнал

psychiatry

*T.P. Kliushnik***Главный редактор****Т.П. Ключник**, профессор, д. м. н. (Москва, Россия)
E-mail: ncpz@ncpz.ru**Зам. гл. редактора****Н.М. Михайлова**, д. м. н. (Москва, Россия)
E-mail: mikhaylovanm@yandex.ru**Отв. секретарь****Л.И. Абрамова**, д. м. н. (Москва, Россия)
E-mail: L_Abramova@rambler.ru**Редакционная коллегия**

Н.А. Бохан, академик РАН, проф., д. м. н. (Томск, Россия)
О.С. Брусов, к. б. н. (Москва, Россия)
С.И. Гаврилова, проф., д. м. н. (Москва, Россия)
С.Н. Ениколопов, к. п. н. (Москва, Россия)
О.С. Зайцев, д. м. н. (Москва, Россия)
М.В. Иванов, проф., д. м. н. (Санкт-Петербург, Россия)
А.Ф. Изнак, проф., д. б. н. (Москва, Россия)
В.В. Калинин, проф., д. м. н. (Москва, Россия)
А.С. Карпов, к. м. н. (Москва, Россия)
Д.И. Кича, проф., д. м. н. (Москва, Россия)
Г.И. Копейко, к. м. н. (Москва, Россия)
Г.П. Костюк, проф., д. м. н. (Москва, Россия)
Н.А. Мазаева, проф., д. м. н. (Москва, Россия)
Е.В. Макушкин, проф., д. м. н. (Москва, Россия)
М.А. Морозова, д. м. н. (Москва, Россия)
Н.Г. Незнанов, проф., д. м. н. (Санкт-Петербург, Россия)
Г.П. Пантелеева, проф., д. м. н. (Москва, Россия)
М.А. Самушия, профессор, д. м. н. (Москва, Россия)
С.Б. Середенин, академик РАН, проф., д. м. н. (Москва, Россия)
Н.В. Симашкова, д. м. н. (Москва, Россия)
А.Б. Смудевич, академик РАН, проф., д. м. н. (Москва, Россия)
Т.А. Солохина, д. м. н. (Москва, Россия)
В.К. Шамрей, проф., д. м. н. (Санкт-Петербург, Россия)
К.К. Якин, проф., д. м. н. (Респ. Татарстан, Россия)

Иностранные члены

Н.А. Алиев, проф., д. м. н. (Баку, Азербайджан)
А.Ю. Клинцева, проф., к. б. н. (Делавэр, США)
В. Мачюлис, д. м. н. (Вильнюс, Литва)
О.А. Скугаревский, проф., д. м. н. (Минск, Белоруссия)
А.А. Шюркюте, к. м. н. (Вильнюс, Литва)

Editor-in-Chief**T.P. Kliushnik**, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
E-mail: ncpz@ncpz.ru**Deputy Editor-in-Chief****N.M. Mikhaylova**, Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
E-mail: mikhaylovanm@yandex.ru**Executive Secretary****L.I. Abramova**, Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
E-mail: L_Abramova@rambler.ru**Editorial Board**

N.A. Bokhan, Academician of RAS, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Tomsk, Russia)
O.S. Brusov, Cand. of Sci. (Biol.) (Moscow, Russia)
S.I. Gavrilova, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
S.N. Enikolopov, Cand. of Sci. (Psychol.) (Moscow, Russia)
O.S. Zaitsev, Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
M.V. Ivanov, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (St. Petersburg, Russia)
A.F. Iznak, Prof., Dr. of Sci. (Biol.) (Moscow, Russia)
V.V. Kalinin, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
A.S. Karpov, Cand. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
D.I. Kicha, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
G.I. Kopeyko, Cand. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
G.P. Kostyuk, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
E.V. Makushkin, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
N.A. Masayeva, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
M.A. Morozova, Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
N.G. Neznanov, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (St. Petersburg, Russia)
G.P. Panteleyeva, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
M.A. Samushiya, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
S.B. Seredenin, Academician of RAS, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
N.V. Simashkova, Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
A.B. Smulevich, Academician of RAS, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
T.A. Solokhina, Dr. of Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
V.K. Shamrey, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (St. Petersburg, Russia)
K.K. Yakhin, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Tatarstan Rep., Russia)

Foreign Members of Editorial Board

N.A. Aliyev, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Baku, Azerbaijan)
A.Yu. Klintsova, Prof., Cand. of Sci. (Biol.) (Delaware, USA)
V. Matchulis, Dr. of Sci. (Med.) (Vilnius, Lithuania)
O.A. Skugarevsky, Prof., Dr. of Sci. (Med.) (Minsk, Byelorussia)
A.A. Shurkute, Cand. of Sci. (Med.) (Vilnius, Lithuania)

Psychiatry: scientific and practical journal

Founders:

**FSBSI «Mental Health Research Centre»
«Medical Informational Agency»**

The journal is registered by Federal Service for Supervision in the Sphere of Telecom, Information Technologies and Mass Communications
Certificate of registration: PI № ФС77-50953 27.08.12.

The journal was founded in 2003 on the initiative of Academician of RAS A.S. Tiganov
Issued 4 times a year.
The articles are reviewed.

The journal is included in the List of periodic scientific and technical publications of the Russian Federation, recommended for candidate, doctoral thesis publications of State Commission for Academic Degrees and Titles at the Ministry of Education and Science of the Russian Federation.

Publisher

«Medical Informational Agency»

Science editor

Alexey S. Petrov

Executive editor

Olga L. Demidova

Director of Development

Elena A. Chereskova

Advertising manager

Svetlana V. Parkhomenko

Address of Publisher House:

108811, Moscow, Mosrentgen, Kievskoye highway,
21st km, 3, bld. 1
Phone: (499) 245-45-55
Website: www.medagency.ru
E-mail: medjournal@mail.ru

Address of Editorial Department:

115522, Moscow, Kashirskoye sh, 34
Phone: (495) 109-03-97
Website: www.psychiatry.ru
E-mail: L_Abramova@rambler.ru; mikhaylovanm@yandex.ru

Site of the journal: <http://www.journalpsychiatry.com>

You can buy the journal:

- at the Publishing House at:
Moscow, Mosrentgen, Kievskoe highway, 21st km, 3, bld. 1;
- either by making an application by e-mail:
miapubl@mail.ru or by phone: (499) 245-45-55.

Subscription for the 1st half of 2019

The subscription index in the united catalog «Press of Russia» is 91790.

The journal is in the Russian Science Citation Index (www.elibrary.ru).

You can order the electronic version of the journal's archive on the website of the Scientific Electronic Library — www.e-library.ru.

The journal is member of CrossRef.

Reproduction of materials is allowed only with the written permission of the publisher.

The point of view of Editorial board may not coincide with opinion of articles' authors.

Advertisers carry responsibility for the content of their advertisements.

ISSN 1683-8319



9 771683 831007

0 7 0 0 4 >



Психиатрия: научно-практический журнал

Учредители:

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
ООО «Издательство «Медицинское
информационное агентство»

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе
по надзору в сфере связи, информационных
технологий и массовых коммуникаций.
Свидетельство о регистрации СМИ: ПИ № ФС77-50953
от 27.08.12.

Журнал основан в 2003 г. по инициативе академика РАН
А.С. Тиганова.
Выходит 4 раза в год.
Все статьи рецензируются.

Журнал включен в перечень научных и научно-
технических изданий РФ, рекомендованных для
публикации результатов кандидатских, докторских
диссертационных исследований.

Издатель

ООО «Издательство «Медицинское информационное
агентство»

Научный редактор

Петров Алексей Станиславович

Выпускающий редактор

Демидова Ольга Леонидовна

Директор по развитию

Черешкова Елена Анатольевна

Менеджер рекламных проектов

Пархоменко Светлана Владимировна

Адрес издательства:

108811, г. Москва, п. Мосрентген, Киевское ш., 21-й км,
д. 3, стр. 1
Телефон: (499)245-45-55
Сайт: www.medagency.ru
E-mail: medjournal@mail.ru

Адрес редакции:

115522, Москва, Каширское шоссе, д. 34
Телефон: (495)109-03-97
Сайт: www.psychiatry.ru
E-mail: L_Abramova@rambler.ru; mikhaylovanm@yandex.ru

Сайт журнала: <http://www.journalpsychiatry.com>

Приобрести журнал вы можете:

- в издательстве по адресу:
Москва, п. Мосрентген, Киевское ш., 21-й км, д. 3,
стр. 1;
- либо сделав заявку по e-mail: miapubl@mail.ru
или по телефону: (499)245-45-55.

Подписка на 1-е полугодие 2019 г.

Подписной индекс в объединенном каталоге «Пресса
России» — 91790.

Журнал представлен в Российском индексе научного
цитирования (www.e-library.ru).

Электронную версию архива журнала вы можете
заказать на сайте Научной электронной библиотеки —
www.e-library.ru.

Журнал участвует в проекте CrossRef.

Воспроизведение материалов, содержащихся
в настоящем издании, допускается только
с письменного разрешения редакции.

Мнение редакции журнала может не совпадать
с точкой зрения авторов.

Ответственность за содержание рекламы несут
рекламодатели.

Подписано в печать 31.08.2018

Формат 60×90/8

Бумага мелованная

ISSN 1683-8319

07004>



9 771683 831007

contents



Problems of Psychopathology, Clinical and Biological Psychiatry

Psychosomatic Disorders in Patients with Pulmonary Hypertension: Impact on Treatment Adherence Samushiya M.A., Rozhkova Yu.I., Lobanova V.M., Dankovtseva E.N., Zateishchikov D.A.	6
Inpatient Care for Mentally Ill People of Late Age Rotshtein V.G., Ryakhovskiy V.V., Gerasina T.V.	17
The Syndrome of Possession with Religious Content in Schizophrenia: Clinical and Psychopathological Features Kopeyko G.I., Borisova O.A., Gedevari E.V., Samsonov I.S., Kaleda V.G.	24
Clinical and Psychopathological Differentiation of Endogenous Manic-Paraphrenic States Sizov S.V.	30
Development and Testing of New Method for Definitions Hemostasis Parameters in Patients with Mental Pathology Cheremnykh E.G., Faktor M.I., Karpova N.S., Brusov O.S.	38
Polymerization of Tubulin and Its Colchicine Binding Activity in Various Brain Structures in Healthy and in Schizophrenia Burbueva G.Sh., Androsova L.V., Savushkina O.K.	44



Scientific Reviews

Formation of Understanding of the Phenomenon of Gender Identity Disorder Popova G.A.	51
Psychosocial Rehabilitation and Psychosocial Treatment in Schizophrenia: Goals, Stages, Evaluation of the Effectiveness Solokhina T.A., Yastrebova V.V., Mitikhin V.G., Tiumenkova G.V.	62
Antipsychotic-Induced Neurological Adverse Events Cherkasov N.S., Sheshenin V.S., Savina M.A.	75
Depressive Disorders in Old Age: Clinical Features and Course Safarova T.P.	87



Obituary

Julyi Iosifovich Liberman (29.02.1932–15.07.2019)	98
--	----

СОДЕРЖАНИЕ

Вопросы психопатологии, клинической и биологической психиатрии

- Психосоматические расстройства при легочной гипертензии: влияние на приверженность к лечению**
 Самушия М.А., Рожкова Ю.И., Лобанова В.М., Данковцева Е.Н., Затеищиков Д.А. 6
- Стационарная помощь психически больным позднего возраста**
 Ротштейн В.Г., Ряховский В.В., Герасина Т.В. 17
- Клинико-психопатологические особенности синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении**
 Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Самсонов И.С., Каледа В.Г. 24
- Клинико-психопатологическая дифференциация эндогенных маниакально-парафренических состояний**
 Сизов С.В. 30
- Разработка и апробация нового метода определения параметров гемостаза у больных с психической патологией**
 Черемных Е.Г., Фактор М.И., Карпова Н.С., Брусов О.С. 38
- Полимеризация тубулина и его колхицинсвязывающая активность в различных структурах головного мозга в норме и при шизофрении**
 Бурбаева Г.Ш., Андросова Л.В., Савушкина О.К. 44

Научные обзоры

- Становление понимания феномена расстройства половой идентификации**
 Попова Г.А. 51
- Психосоциальная реабилитация и психосоциальное лечение при шизофрении: цели, этапы, оценка эффективности**
 Солохина Т.А., Ястребова В.В., Митихин В.Г., Тюменкова Г.В. 62
- Неврологические нежелательные явления антипсихотической терапии**
 Черкасов Н.С., Шешенин В.С., Савина М.А. 75
- Депрессивные расстройства в позднем возрасте: особенности клиники и течения**
 Сафарова Т.П. 87

Некролог

- Юлий Иосифович Либерман (29.02.1932–15.07.2019)** 98

УДК 616.89:616.24

Психосоматические расстройства при легочной гипертензии: влияние на приверженность к лечению**Psychosomatic Disorders in Patients with Pulmonary Hypertension: Impact on Treatment Adherence**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-6-16>Самушия М.А.¹, Рожкова Ю.И.^{1,2}, Лобанова В.М.¹, Данковцева Е.Н.^{1,2}, Затеищиков Д.А.^{1,2}¹ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия² ГБУЗ «Городская клиническая больница №51 Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, РоссияSamushiya M.A.¹, Rozhkova Yu.I.^{1,2}, Lobanova V.M.¹, Dankovtseva E.N.^{1,2}, Zateishchikov D.A.^{1,2}¹ «Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs», Moscow, Russia² «City Clinical Hospital №51 of the Moscow City Health Department», Moscow, Russia

6

Цель работы: изучить психосоматические расстройства, манифестирующие в связи с обстоятельствами легочной гипертензии (ЛГ), оценить влияние психосоматической патологии на особенности формирования внутренней картины болезни, уровень комплаентности, определить необходимость психокоррекционных мероприятий.

Материал и методы: были включены 40 пациентов с установленным диагнозом ЛГ 1-й и 4-й групп. Все больные последовательно поступали в период с сентября 2017 г. по сентябрь 2018 г. в ГБУЗ «Городская клиническая больница №51 ДЗМ». Оценивались частота, спектр и выраженность психических расстройств, их длительность, особенности личностного склада больных, типы реагирования на болезнь с использованием экспериментально-психологических методов. Эти параметры сопоставлялись с показателями тяжести ЛГ на момент психиатрического обследования.

Результаты: у 30 (75%) из 40 больных диагностированы психические нарушения в рамках психосоматической патологии. Все больные разделены на четыре группы в зависимости от типа выявленных расстройств. Диагностированная психосоматическая патология различается по механизмам развития, длительности, выраженности психических расстройств, зависит от тяжести симптомов ЛГ. В каждой из групп выявлены особенности внутренней картины болезни и различия в уровне комплаентности в зависимости от типа психосоматической патологии, а также различная потребность в психофармакотерапии и психотерапии.

Вывод: наличие коморбидной психосоматической патологии у пациентов с ЛГ значительно влияет на особенности формирования внутренней картины болезни и уровень комплаентности, что подчеркивает значимость работы междисциплинарной группы специалистов, с включением психиатра, психотерапевта при ведении данной группы пациентов.

Ключевые слова: легочная гипертензия; психосоматические расстройства; расстройства личности; типы реагирования на болезнь; комплаентность.

Для цитирования: Самушия М.А., Рожкова Ю.И., Лобанова В.М., Данковцева Е.Н., Затеищиков Д.А. Психосоматические расстройства при легочной гипертензии: влияние на приверженность к лечению. *Психиатрия*. 2019;17(3):6–16.

Конфликт интересов отсутствует

The aim of work: to study psychosomatic disorders manifesting in connection with the circumstances of pulmonary hypertension (PH), to evaluate the impact of psychosomatic pathology on the features of the internal picture of the disease formation, the level of compliance, to determine the need for psychocorrectional measures.

Material and methods: there were 40 patients with PH of the 1st and 4th groups admitted consistently from September 2017 to September 2018 in the City Clinical Hospital №51 of the Moscow City Health Department. The following parameters were evaluated: frequency, spectrum and severity of diagnosed psychiatric disorders, their duration, personality disorders and types of response to the disease using experimental psychological methods. These parameters were compared with indicators of the severity of PH at the time of the psychiatric examination.

Results: from 40 patients in 30 (75%) were diagnosed with mental disorders in the framework of psychosomatic pathology. All patients were divided into 4 groups depending on the type of registered psychosomatic disorders. Diagnosed psychosomatic pathology differs in the mechanisms of development, duration, severity of mental disorders, depends on the severity of symptoms of PH. In each group, features of the internal picture of the disease and differences in the level of compliance depending on the type of psychosomatic pathology were revealed. In addition, in the considered groups, the need for psychopharmacotherapy and psychotherapy.

Conclusion: the presence of comorbid psychosomatic pathology in patients with PH significantly influences the formation of the internal picture of the disease and the level of compliance, which emphasizes the importance of formation the multidisciplinary team of specialists, including psychiatrists and psychotherapists in the management of this patients group.

Keywords: pulmonary hypertension; psychosomatic disorders; personality disorders; types of response to the disease; compliance.

For citation: Samushiya M.A., Rozhkova Yu.I., Lobanova V.M., Dankovtseva E.N., Zateishchikov D.A. Psychosomatic Disorders in Patients with Pulmonary Hypertension: Impact on Treatment Adherence. *Psychiatry*. 2019;17(3):6–16.

There is no conflict of interest

неблагоприятное влияние соматической и психопатологической симптоматики, лабильность комплаентного поведения. Во время психиатрического обследования преобладает утрированная тревога о здоровье и патологическая восприимчивость к телесным ощущениям, сопровождающаяся различными фобическими расстройствами с соматовегетативной и конверсионной симптоматикой (приступы острой нехватки воздуха, учащенного и неровного сердцебиения, парестезии, «приливы» жара или холода), зачастую достигающими уровня панических атак со страхом смерти (значимые повышения по шкалам соматизации: SOM — 1,7 по SCL-90, отражающие присоединение конверсионных расстройств к кардиологической симптоматике). Постоянные телесные жалобы часто не имеют реального соматического основания, но отчетливо связаны с психологическими стрессорами. В поведении отмечается гипертрофированная озабоченность побочными симптомами, самовнушение и ипохондрическая аутоэкзальтация. Больные активно участвуют в ходе лечебного процесса, изучают информацию самостоятельно, могут проявлять недоверие к врачам, расценивать закономерную клиническую динамику как признак неадекватного лечения.

Развитие клинически завершенных психических расстройств, в том числе панического и генерализованного тревожного расстройства, требует совместного с врачом-психиатром динамического наблюдения пациентов и назначения сопроводительной психотропной терапии. Необходимо проведение психообразовательных мероприятий, направленных на формирование у пациента представлений о специфике конверсионного реагирования и неблагоприятных последствиях несоблюдения строгого лечебного режима. Приобретает

значение индивидуальная психотерапия для проработки личностного заострения и редукции ипохондрической фиксации и семейная психотерапия, отвечающая за создание внутрисемейной обстановки, препятствующей закреплению ипохондрической линии адаптации.

Ограничением данного исследования является небольшой объем и гетерогенность обследованной группы, что требует планирования более объемных исследований.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования позволяют сделать первоначальные выводы о высокой частоте встречаемости психосоматической патологии у пациентов с ЛГ. Было показано влияние выявляемых психосоматических расстройств на особенности формирования внутренней картины болезни и уровень комплаентности пациентов. В проведенном исследовании не было выявлено статистически значимых различий по клиническим характеристикам ЛГ в группах больных с диагностированными психосоматическими расстройствами, что может быть связано с небольшим объемом выборки. Использование объективных психометрических методов обследования больного с ЛГ позволяет улучшить результаты лечения сердечно-сосудистой патологии за счет своевременной диагностики и лечения психосоматических расстройств, что улучшает показатели приверженности к лечению и качества жизни. Таким образом, целесообразно включения в состав мультидисциплинарной бригады Экспертного центра по лечению больных легочной гипертензией специалистов соответствующего профиля (психиатров, психотерапевтов и клинических психологов).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Galiè N, Humbert M, Vachiery J, et al. 2015 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: The Joint Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS): Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT). *European Heart Journal*. 2016;37(1):67–119. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv317.
- Yorke J, Deaton C, Campbell M, et al. Symptom severity and its effect on health-related quality of life over time in patients with pulmonary hypertension: a multisite longitudinal cohort study. *BMJ Open Respiratory Research*. 2018;5(1):e000263. DOI: 10.1136/bmjresp2017-000263.
- Pfeuffer E, Krannich H, Halank M, et al. Anxiety, Depression, and Health-Related QOL in Patients Diagnosed with PAH or CTEPH. *Lung*. 2017;195(6):759–68. DOI: 10.1007/s00408-017-0052-z.
- Tartavouille TM. A predictive model of the effects of depression, anxiety, stress, 6-minute-walk distance, and social support on health-related quality of life in an adult pulmonary hypertension population. *Clinical nurse specialist*. 2015;29(1):22–28. DOI: 10.1097/nur.000000000000099
- Смулевич АБ. Психические расстройства в клинической практике. М.: МЕДпресс-информ; 2011. [Smulevich AB. Mental disorders in clinical practice. M.: MEDpress-inform; 2011. (In Russ.)].
- Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *European Heart Journal*. 2014;35(21):1365–1372. DOI: 10.1093/eurheartj/eh462.
- Петрова НН, Пилевина ЮВ. Психические расстройства и комплаенс больных с хронической сердечной недостаточностью. *Психические расстройства в общей медицине*. 2012;3:26–31. [Petrova NN, Pilevina YuV. Mental disorders and compliance of patients with chronic heart failure. *Psikhicheskie rasstroistva v obschei medicine*. 2012;3:26–31. (In Russ.)].

8. Зражевская ИА. Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и психологии — грани соприкосновения — междисциплинарная интеграция для поиска решений. Материалы Второй ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Дроздовские чтения»; Декабрь 8–9, 2015; Москва. <https://psychiatr.ru/download/2579?view=1&name=Сборник+II+Дроздовские+чтения.pdf>. (Ссылка активна на 13.05.2019). [Zrazhevskaya IA. Actual problems of psychiatry, narcology and psychology — verge of contact — interdisciplinary integration for searching the solutions. Materials of the Second Annual scientific-practical conference with international participation «Drozдовski Readings»; December 8–9, 2015; Moscow. Available at: <https://psychiatr.ru/download/2579?view=1&name=Сборник+II+Дроздовские+чтения.pdf>. Accessed May13, 2019. (In Russ.)].
9. Алёхин АН, Трифонова ЕА, Чернорай АВ. Отношение к болезни у пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния. *Артериальная гипертензия*. 2012;18(4):317–24. [Alekhin AN, Trifonova EA, Chernoray AV. Attitude to disease in patients following cardiac emergencies. *Arterialnaya gipertenziya*. 2012;18(4):317–24. (In Russ.)].
10. Урываев ВА, Тарасова АА. Личностные детерминанты реакции на стресс. *Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта*. 2011;6(76):168–173. [Uruvaev VA, Tarasova AA. Determinants of personality stress reaction. *Uchenye zapiski universiteta imeni P.F. Lesgafta*. 2011;6(76):168–173. (In Russ.)].
11. Dempe C, Jünger J, Hoppe S, et al. Association of anxious and depressive symptoms with medication nonadherence in patients with stable coronary artery disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 2013;74(2):122–127. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2012.12.003.
12. Смулевич АБ, Иванов СВ, Мясникова ЛК и др. Диссоциативные реакции в траектории развития шизотипического расстройства личности (на модели нозогений у онкологических больных). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2014;114(12):12–22. DOI: 10.17116/jnevro201411412112-22. [Smulevich AB, Ivanov SV, Myasnikova LK i dr. Stress-induced dissociation in the trajectory of schizotypal personality disorder (on the model of nosogenias in oncologic patients). *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2014;114(12):12–22. DOI: 10.17116/jnevro201411412112-22. (In Russ.)].
13. Смулевич АБ, Иванов СВ, Мясникова ЛК и др. Диссоциативные расстройства в онкологии: психопатология, аспекты коморбидности с расстройствами личности. *Психические расстройства в общей медицине*. 2014;3–4:4–14. [Smulevich AB, Ivanov SV, Myasnikova LK i dr. Dissociative disorders in oncology: psychopathology, comorbidity with personality disorders *Psikhicheskie rasstroistva v obschei medicine*. 2014;3–4:4–14. (In Russ.)].
14. Saran RK, Puri A, Agarwal M. Depression and the heart. *Indian Heart Journal*. 2012;64(4):397–401. DOI: 10.1016/j.ihj.2012.06.004.
15. Tepy RM, Packard KA, White ND, et al. Treatment of Depression in Patients with Concomitant Cardiac Disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2016;58(5):514–528. DOI: 10.1016/j.pcad.2015.11.003.

Информация об авторах

Самушия Марина Антиповна, доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия. ORCID 0000-0003-3681-9977

E-mail: sma-psychiatry@mail.ru

Рожкова Юлия Игоревна, ассистент кафедры, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия. ORCID 0000-0003-4808-6766

E-mail: yuliarozhkova92@gmail.com

Лобанова Вероника Маратовна, научный сотрудник, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия. ORCID 0000-0002-7183-1536

E-mail: l.o.b.a.n.o.v.a.n.i.k.a@gmail.com

Данковцева Елена Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия. ORCID 0000-0002-0831-1490

E-mail: e-n-d@bk.ru

Затейщиков Дмитрий Александрович, доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия. ORCID 0000-0001-7065-2045

E-mail: dz@bk.ru

Information about the authors

Marina A. Samushiya, PhD, MD, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia. ORCID 0000-0003-3681-9977

E-mail: sma-psychiatry@mail.ru

Yulia I. Rozhkova, Assistant, Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia. ORCID 0000-0003-4808-6766

E-mail: yuliarozhkova92@gmail.com

Veronika M. Lobanova, Researcher, Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-7183-1536

E-mail: l.o.b.a.n.o.v.a.n.i.k.a@gmail.com

Elena N. Dankovtseva, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor, Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-0831-1490

E-mail: e-n-d@bk.ru

Dmitrii A. Zateishchikov, PhD, MD, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia. ORCID 0000-0001-7065-2045

E-mail: dz@bk.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Самушия Марина Антиповна/Marina A. Samushiya

E-mail: sma-psychiatry@mail.ru

Дата поступления 15.05.2019

Date of receipt 15.05.2019

Дата принятия 10.09.2019

Accepted for publication 10.09.2019

УДК 616.892.32; 616-053.9

Стационарная помощь психически больным позднего возраста**Inpatient Care for Mentally Ill People of Late Age**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-17-23>**Ротштейн В.Г., Ряховский В.В., Герасина Т.В.**
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», ГБУЗ ПКБ №13 ДЗМ, Москва, Россия**Rotshtein V.G., Ryakhovskiy V.V., Gerasina T.V.**
FSBSI «Mental Health Research Centre», SBHI PCH №13 MHD, Moscow, Russia

Обоснование: реформа системы психиатрической помощи приводит к сокращению числа коек в психиатрических больницах. Однако известно о более высокой потребности в стационарной психиатрической помощи для пожилых пациентов. В связи с этим возникла необходимость изучить, как упомянутая реформа влияет на стационарную помощь этим больным.

Цель исследования: изучить возможности использования сокращающегося коечного фонда для специализированной помощи пожилым пациентам с психическими расстройствами.

Материал и методы: материалом для исследования послужили данные из отчетов Московской психиатрической больницы №13 о пролеченных пациентах старше 60 лет в 2016–2017 гг. Помимо этого, было проведено клинико-эпидемиологическое исследование 20% выборки стационарных больных.

Результаты: показано, что, хотя коечный фонд сократился в 2017 г., численный и половозрастной состав группы пролеченных пациентов старше 60 лет не отличался от аналогичной группы пациентов, получавших лечение в 2016 г. Это оказалось возможным благодаря сокращению продолжительности пребывания в стационаре (в среднем на 10%), а также сокращению повторных госпитализаций пациентов (с 43,9% в 2016 г. до 35,4% в 2017 г.). Важно отметить, что в 1/3 случаев госпитализации пожилых пациентов были вызваны социальными проблемами. Результаты клинико-эпидемиологического исследования, подтвердившие клиническую достоверность отчетных данных, выявили, что доля пожилых пациентов, госпитализированных по поводу аффективных расстройств, чрезвычайно мала, что не соответствует известным данным о росте частоты депрессий в пожилом возрасте. Кроме того, было обнаружено значительное количество случаев шизофрении с весьма поздним началом, что снова поднимает вопрос о возрасте начала заболевания при шизофрении.

Заключение: результаты исследования указывают на необходимость продолжения исследований (в том числе экономических) с целью оптимизации деятельности городских психиатрических больниц.

Ключевые слова: поздний возраст; психические расстройства; стационарная психиатрическая помощь.

Для цитирования: Ротштейн В.Г., Ряховский В.В., Герасина Т.В. Стационарная помощь психически больным позднего возраста. *Психиатрия*. 2019;17(3):17–23.

Конфликт интересов отсутствует

Background: mental health care reform and reduction of beds capacity in Russia caused shortage of beds in psychiatric hospitals. However it is known about higher need in inpatient psychiatric care among elderly patients. In this regard it became necessary to study how mentioned reform affects inpatient care for such patients.

The goal of the research: to examine the use of a shrinking bed fund for psychiatric care in elderly mental health patients.

Material and methods: the material for the study was data from the reports of Moscow psychiatric hospital #13 about treated patients older than 60 in 2016–2017. Apart from this clinic-epidemiological research of 20% sample of inpatients has been conducted.

Results: it was stated that though bed fund has shrunk in 2017, numerical and age-sex composition of group of treated patients older than 60 did not differ from the analogical group of patients treated in 2016. It was demonstrated that this appeared to be possible due to reduction of length of stay in the hospital (for 10% in average) as well as reduction in patients' re-admissions (from 43.9% in 2016 to 35.4% in 2017). It also important to mention that in 1/3 cases hospitalization of elderly patients caused with social problems. The results of clinic-epidemiological study which confirmed clinical accuracy of reported data, revealed that the proportion of elderly patients admitted due to affective disorders is dramatically small which does not corresponds known data about the grows of depression prevalence in old age. Apart from this there found a significant number of schizophrenia cases with notably late onset that again raises a question about specific age of onset for schizophrenia.

Conclusion: the results of the study indicate the necessity for continued research (including economical) in order to optimize activity of the city psychiatric hospitals.

Keywords: late age; psychiatric care; mental disorders.

лишь немногим более чем в половине случаев (58,21%) госпитализация была связана с реальными клиническими показаниями (ухудшение состояния, опасность больных для себя или окружающих, необходимость подобрать адекватную терапию). В трети всех случаев (32,85%) госпитализация была связана не с клиническими, а с социальными причинами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Согласно подробному исследованию Д. Мелик-Гуссейнова [7], система психиатрической помощи Москвы нуждается примерно в 3100 койках. Число официально зарегистрированных жителей Москвы в 2017 г. составляло 12 331 226 человек [8], по неофициальным данным, численность московского населения может достигать 15 млн человек [9]. Для сравнения укажем, что население государства Израиль в 2017 г. составляло 8,712 млн человек, т.е. почти вдвое меньше. При этом страна располагает 3500 койками «для госпитализации психически больных». Помимо этого, имеется 24 851 койка в гериатрических отделениях, большинство из которых (20 999) были «в отделениях продолжительной гериатрии (гериатрическое отделение для людей, нуждающихся в помощи по уходу и для людей,

страдающих потерей памяти)», а 3852 койки — «в отделениях активной гериатрии (реабилитационная гериатрия, гериатрическое отделение для тяжело больных, поддерживающее лечение, подострая гериатрия, искусственное дыхание в течение продолжительного времени, туберкулез)» [10]. Как видно из изложенного, система психиатрической помощи, располагающая весьма значительным коечным фондом, четко различает назначение отдельных его частей. Ситуация, при которой более 40% психиатрических коек используется у нас для ухода за больными, представляется недостаточно рациональной. Даже то обстоятельство, что ряд больных оплачивает свое пребывание в больнице, не оправдывает подобное использование больничных коек. Заметим кстати, что только около 60% больных, госпитализированных по социальным поводам, оплачивали стационарирование.

Можно думать, что результаты настоящей работы указывают на целесообразность дальнейших исследований, в том числе экономических. Не исключено, что организация специализированных отделений для ухода за беспомощными больными не только высвободит психиатрические койки для диагностической и лечебной помощи, в частности больным с депрессиями, но и окажется экономически обоснованной.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Гаврилова СИ. Национальное руководство. Психиатрия. Краткое руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2012:347–367. [Gavrilova SI. Natsional'noe rukovodstvo. Psikhatriya. Kratkoe rukovodstvo. M.: GEOTAR-Media; 2012:347–367. (In Russ.)].
2. Гаврилова СИ. Психические расстройства при первичных нейродегенеративных заболеваниях головного мозга. Психиатрия. Руководство для врачей. М. 2012;(2):58–127. [Gavrilova SI. Psikhicheskie rasstrojstva pri pervichnykh nejrode-generativnykh zabolevaniyakh golovnogo mozga. Psikhatriya. Rukovodstvo dlya vrachej. M. 2012;(2):58–127. (In Russ.)].
3. Ротштейн ВГ. Еще раз об эпидемиологии депрессий. В кн.: Труды XIV Московской Ассамблеи «Здоровье столицы», Москва, (декабрь 2015). М. 2015;1(12):372. [Rotshtejn VG. Eshhe raz ob ehpidemiologii depressij. V kn: Trudy XIV Moskovskoj Assamblei «Zdorov'e stolitsy», Moskva, (dekabr' 2015). M. 2015;1(12):372. (In Russ.)].
4. Ротштейн ВГ. Шизофрения: возраст больных к периоду начала заболевания (клинико-эпидемиологическое исследование). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2014;12:22–29. [Rotshtejn VG. Shizofreniya: vozrast bol'nykh k periodu nachala zabolevaniya (kliniko-ehpidemiologicheskoe issledovanie). *Zh. nevrologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2014;(12):22–29. (In Russ.)].
5. Mental health of older adults. World health organization fact sheet 12.12.2017, 2019. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults> (Link is active on 20.05.2019).
6. Ротштейн ВГ, Богдан МН, Долгов СА. Эпидемиология депрессий. В книге «Депрессии и коморбидные расстройства». Под ред. А.Б. Смулевича. М., 1997;139–164. [Rotshtejn VG, Bogdan MN, Dolgov SA. Ehpide-miologiya depressij. V knige «Depressii i komorbidnye rasstrojstva». Pod red. A.B. Smulevicha. M., 1997;139–164. (In Russ.)].
7. Мелик-Гуссейнов Д. Психиатрическая служба города Москвы. От аудита к управленческим решениям. Исследование, М. 2016. (Ссылка активна на 20.05.2019.) <http://mosgorzdrav.ru/ru-RU/magic/default/download/5027.html>. [Melik-Gussejnov D. Psikhiatricheskaya sluzhba goroda Moskvy. Ot audita k upravlencheskim resheniyam. Issledovanie, M. 2016. (Link is active on 20.05, 2019). (In Russ.). <http://mosgorzdrav.ru/ru-RU/magic/default/download/5027.html>].
8. Численность населения Москвы на 2018 и 2019 год. Количество жителей Москвы. (Ссылка активна на 20.05.2019) http://xn----7sbiew6aadnema7p.xn--p1ai/sity_id.php?id=1#population. [Chislennost' naseleniya Moskvy na 2018 i 2019 god. Kolichestvo zhitelej Moskvy. (Link is active on 20. 05, 2019). (In Russ.). http://xn----7sbiew6aadnema7p.xn--p1ai/sity_id.php?id=1#population].
9. Количество больничных коек и мест — январь 2016 г. Сообщение пресс-секретаря Министерства

здравоохранения Израиля от 11.02.2016. (Ссылка активна на 20.05.2019). https://www.health.gov.il/Russian/NewsAndEvents/SpokemanMessegas/Pages/11022016_2.aspx [Kolichestvo bol'nichnykh koek i mest — yanvar' 2016 g. Soobshhenie

press-sekretarya ministerstva zdravookhraneniya Izrailya ot 11.02.2016. (Link is active on 20.05.2019). (In Russ.). https://www.health.gov.il/Russian/NewsAndEvents/SpokemanMessegas/Pages/11022016_2.aspx].

Информация об авторах

Ротштейн Владимир Григорьевич, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0002-7941-6097

E-mail: vladimir.rotstein@gmail.com

Ряховский Вячеслав Вячеславович, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0001-7517-2454

E-mail: ryakhovskij@yandex.ru

Герасина Татьяна Владимировна, младший научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

E-mail: gerasina@yandex.ru

Information about the authors

Vladimir G. Rotshtein, PhD, MD, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Chief Researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-7941-6097

E-mail: vladimir.rotstein@gmail.com

Vyacheslav V. Ryakhovskiy, Cand. of Sci. (Med.), Senior Researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0001-7517-2454

E-mail: ryakhovskij@yandex.ru

Tatiana V. Gerasina, Junior Researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

E-mail: gerasina@yandex.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Ряховский Вячеслав Вячеславович/Vyacheslav V. Ryakhovskiy

E-mail: ryakhovskij@yandex.ru

УДК 616.89-008.1; 616.89-02-036

Клинико-психопатологические особенности синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении**The Syndrome of Possession with Religious Content in Schizophrenia: Clinical and Psychopathological Features**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-24-29>**Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Самсонов И.С., Каледа В.Г.**
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия**Kopeyko G.I., Borisova O.A., Gedeveni E.V., Samsonov I.S., Kaleda V.G.**
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

24

Обоснование: проблема исследования синдрома овладения религиозного содержания (СОРС) при шизофрении крайне сложна, остаётся малоизученной и требует тщательного исследования в связи со значительной тяжестью этих состояний, социальной значимостью и часто встречающейся резистентностью этого вида бреда к проводимой психофармакотерапии.

Цель исследования: определить клинико-психопатологические особенности и патокинез СОРС при шизофрении для дальнейшей клинической дифференциации, разработки критериев диагностики и прогноза заболевания.

Пациенты и методы: обследовано 36 пациентов, страдающих шизофренией (F20.0, F20.01, F20.02 по МКБ-10), в клинической картине которой наблюдался СОРС. Пациенты обследованы клинико-психопатологическим, клинико-катамнестическим и психометрическим (шкала позитивных и негативных симптомов шизофрении; PANSS) методами. Статистическая обработка проведена с использованием критерия Манна–Уитни.

Результаты и выводы: характерной особенностью синдрома овладения религиозного содержания (СОРС) является устойчивая бредовая убежденность пациентов в воздействии на них некоего бесплотного «духовного существа», в осуществлении контроля над умом и телом, что приводит к «поражению их личности». Синдром овладения религиозного содержания развивается по закономерностям параноидного синдрома и сопровождается развитием массивных психических автоматизмов. Полученные данные содержат дифференцированные критерии диагностики и прогноза шизофрении, протекающей с картиной синдрома овладения религиозного содержания.

Ключевые слова: шизофрения; синдром овладения религиозного содержания; галлюцинации общего чувства; религиозность.

Для цитирования: Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Самсонов И.С., Каледа В.Г. Клинико-психопатологические особенности синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении. *Психиатрия*. 2019;17(3):24–29.

Конфликт интересов отсутствует

Background: as it's insufficiently explored, the syndrome of possession with religious content (SPRC) in schizophrenia appears to be quite difficult problem. Severity of states that could be observed within the framework of this syndrome requests very careful research due to existing social risk and resistance to psychopharmacotherapy.

The aim of the study: was to determine clinical-and-psychopathological features of the SPRC in schizophrenia to conduct psychopathological differentiation and apply specific diagnostic criteria and prognosis of the disease.

Patients and methods: 36 patients suffering from the SPRC in schizophrenia (F20.0, F20.01, F20.02 according to ICD-10) were examined. The research methods were used in the study: psychopathological, follow-up and psychometrical (according to PANSS), statistical (Student's test).

Results and conclusion: specific feature for SPRC is persistent delusional patient's conviction in the impact on him carried out by some immaterial "spiritual creature", which involves control under his/her mind and body, and leads to destruction of personality. The syndrome of possession with religious content (SPRC) is developing according to pattern of paranoid syndrome and it's accompanied with massive mental automatisms. The obtained data contains differentiated criteria of personalized diagnostics and prognostic approaches in schizophrenia proceeded with syndrome of possession with religious content.

Keywords: schizophrenia; delusional syndrome of possession with religious content; hallucinations of common sense; religiosity.

For citation: Kopeyko G.I., Borisova O.A., Gedeveni E.V., Samsonov I.S., Kaleda V.G. The Syndrome of Possession with Religious Content in Schizophrenia: Clinical and Psychopathological Features. *Psychiatry*. 2019;17(3):24–29.

There is no conflict of interest

в реанимационное отделение для оказания экстренной медицинской помощи.

Помимо этого, подавляющее большинство обследованных (32 больных; 88,9%) с целью защиты от влияния беса отправлялись в нетрадиционно частые поездки по церквям, монастырям, святым местам, купались в святых источниках. Некоторые пациенты (30,6%, 11 больных) не ограничивались использованием исключительно религиозных практик и прибегали к проведению различных языческих и эзотерических ритуалов (магических обрядов, чтению заклинаний). В других случаях (4 больных; 11,1%) при возникновении острого параноидного состояния можно было выявить ауто- и/или гетероагрессивное и суицидальное поведение, что заключалось в попытках зарезать себя кухонным ножом или прыгнуть с высоты, с целью убить в себе «беса» или антихриста, в которого они якобы превращались. Более редко (2 больных; 5,6%) при наличии в фабуле бреда идей колдовства и порчи, а также в случае развития тотального синдрома овладения («жизнь по воле беса») пациенты совершали гетероагрессивные и другие деструктивные действия в стремлении избавиться от источника своих страданий.

В структуре СОРС почти в половине наблюдений (16 больных, 44,4%), отмечался так называемый феномен «двойной бухгалтерии», который проявлялся в выраженной диссоциации между массивной психопатологической симптоматикой и внешне правильным поведением пациентов в социуме, с сохранением в отдельных случаях достаточно высокой работоспособности (3 больных; 8,3%).

Необходимо подчеркнуть своеобразие религиозной жизни и мировоззрения пациентов с синдромом бреда овладения религиозного содержания, что заключалось в отклонении от традиционных церковных канонов. В одних случаях это приводило, например, к отрицанию необходимости наставничества, вольному толкованию священных текстов, самостоятельному наложению на себя поста или выполнению определенных ритуалов. В других случаях пациенты следовали наставлениям неких неформальных лидеров околоцерковной среды (например, священников, отстраненных от служения), либо мировоззрение пациентов при сохранении внешней религиозности формально-обрядового характера определялось наличием сверхценных эзотерических или оккультно-мистических увлечений. В большинстве наблюдений (25 больных, 69,4%) описанные проявления религиозности были практически неотделимы от тех или иных психопатологических расстройств: несистематизированных бредовых идей отношения религиозного содержания (9 больных, 25%), колдовства и порчи (12 больных, 33,3%) или ипохондрического содержания (4 пациентов, 11,1%).

ОБСУЖДЕНИЕ

Описанные проявления синдрома овладения религиозного содержания отражают психопатологические

и клинические особенности эндогенных психозов, наблюдавшихся у религиозных пациентов. Специфическим ядром синдрома овладения, имеющего религиозное содержание, является устойчивая бредовая убежденность в одержимости некой бесплотной «духовной» сущностью, которая может быть как враждебной, так и благожелательной и оказывать воздействие на физическую и личностную сферу. Несмотря на то что синдром овладения религиозного содержания формируется в целом по закономерностям развития синдрома Кандинского–Клерамбо, проведенное исследование показало, что более чем в половине случаев (19 больных; 52,8%) воздействие, направленное на больного, переживалось как внутреннее, а не извне, как это бывает при развертывании синдрома Кандинского–Клерамбо в привычном понимании. Помимо этого, имеет место особая динамика синдрома овладения религиозного содержания, при которой бред овладения может усложняться и видоизменяться в бред метаморфоза с деперсонализацией физического и психического «Я» больного.

Следует отметить, что настоящее исследование было представлено изучением 36 наблюдений, что не исчерпывает всего многообразия клинических форм СОРС и предполагает дальнейшую исследовательскую работу по изучению специфических бредовых синдромов, встречающихся у религиозных пациентов.

Таким образом, в проведенном исследовании изучены психопатологические особенности и специфичность проявления синдрома овладения религиозного содержания и его динамики при шизофрении, что не только расширяет имеющиеся представления о разнообразии психопатологических синдромов, но и позволяет выявить такие психопатологические синдромы, которые редко получают должное внимание в традиционной клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА/ REFERENCES

1. Gearing RE, Alonzo D, Smolak A, et al. Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: Implications for engagement and adherence. *Schizophrenia research*. 2011;126(1–3):150–163. DOI:10.1016/j.schres.2010.11.005.
2. Koenig HG. When Religion is the Problem. *Religion and mental health: Research and clinical applications*. 2018:295–309. Academic Press. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128112823000136?via%3Dihub>. <https://DOI.org/10.1016/B978-0-12-811282-3.00013-6>. (The link is active on 09.08.19).
3. Тиганов АС. Предисловие. Материалы Первой московской международной конференции «Религиозность и клиническая психиатрия»; 20–21 апреля, 2017; Москва. Доступно по: <http://ncpz.ru/siteconst/userfiles/file/conf/Material21042017.pdf>. (Ссылка активна на 09.08.19). [Tiganov AS. Predislovie. Materialy Pervoi Moskovskoi

- Mezhdunarodnoi konferentsii «Religioznost' i klinicheskaya psixhiatriya»; 20–21 april, 2017; Moscow. Available at: <http://ncpz.ru/siteconst/userfiles/file/conf/Material21042017>. (The link is active on 09.08.19). (In Russ.).
4. Gold I. Outline of a Theory of Delusion: Irrationality and Pathological Belief. In Rationality. *Academic Press*. 2017:95–119. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128046005000064?via%3Dihub#!> (The link is active on 09.08.19.)
 5. Копейко ГИ, Борисова ОА, Гедевани ЕВ. Особенности психопатологии и феноменологии бреда одержимости религиозного содержания при шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2018;118(4):30–35. DOI: 10.17116/jnevro20181184130-35. [Kopeyko GI, Borisova OA, Gedevani EV. Religious delusion of possession in schizophrenia: psychopathological features and phenomenology. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2018;118(4),30–35. (In Russ.).]
 6. Каледа ВГ, Попович УО, Романенко НВ, Копейко ГИ. Религиозный бред при юношеском эндогенном приступообразном психозе. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2017;117(12):13–20. DOI: 10.17116/jnevro201711712113-20. [Kaleda VG, Popovich UO, Romanenko NV, Kopeyko GI. Endogenous episodes of juvenile psychosis with religious delusions. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017;117(12):13–20 (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro201711712113-20].
 7. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer-Verlag Heidelberg GmbH;1923.
 8. Corveleyn J. Religious delusion in psychosis and hysteria. *Changing the Scientific Study of Religion: Beyond Freud?* 2009:85–109. Springer, Dordrecht. DOI: 10.1007/978-90-481-2540-1_4.
 9. Bhavsar V, Bhugra D. Religious delusions: finding meanings in psychosis. *Psychopathology* 2008;41(3):165. DOI: 10.1159/000115954.
 10. Anderson-Schmidt H, Gade K, Malzahn D, et al. The influence of religious activity and polygenic schizophrenia risk on religious delusions in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2019;210:255–261. DOI: 10.1016/j.schres.2018.12.025.
 11. Irmak MK. Schizophrenia or possession? *Journal of religion and health*. 2014;53(3):773–777. DOI: 10.1007/s10943-012-9673-y.
 12. Siddle R, Haddock G, Tarrier N, Faragher EB. Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2002;37(3):130–138. DOI: 10.1007/s001270200005.
 13. Пашковский ВЭ. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями. Краткое руководство для врачей. СПб.: Издательский дом СПбМАПО; 2006. Доступно по <http://www.psychiatry.ru/siteconst/userfiles/file/PDF/1406/Pashkovski.pdf>. Ссылка активна на 09.08.2019. [Pashkovskiy VYe. Psihicheskie rasstroystva s religiozno-misticheskimi perezhivaniyami. *Kratkoe rukovodstvo dlya vrachei*. SPb.: Izdatel'skiy dom SPbMAPO; 2006. Available at: <http://www.psychiatry.ru/siteconst/userfiles/file/PDF/1406/Pashkovski.pdf>. Accessed August 9, 2019. (In Russ.).]
 14. Betty S. The Growing Evidence for Demonic Possession: What Should Psychiatry's Response be? *Journal of Religion and Health*. 2005;44(1):13–30. DOI:10.1007/s10943-004-1142-9.
 15. Obeid T, Abulaban A, Al-Ghatani F, et al. Possession by 'Jinn'as a cause of epilepsy (Saraa): a study from Saudi Arabia. *Seizure*. 2012;21(4):245–249. DOI:10.1016/j.seizure.2012.01.001.
 16. Littlewood R. Possession states. *Psychiatry*. 2004;3(8):8–10. DOI: 10.1383/psyt.3.8.8.43392.
 17. Каменева ЕН, Кудипов АИ. Об архаических формах бреда. Труды 1-й Московской психиатрической больницы. М. 1940;3:439–450. [Kameneva EN, Kudipov AI. Ob arhaicheskikh formah bredda. *Trudy 1-y Moskovskoy psixhiatricheskoy bol'nicy*. М. 1940;3:439–450. (In Russ.).]
 18. Каменева ЕН. Клиника и механизмы шизофренического бреда. Под ред. проф. Федотова Д.Д. М. 1957. [Kameneva EN. Klinika i mehanizmy shizofrenicheskogo bredda. Pod red. prof. Fedotova D.D. М. 1957. (In Russ.).]
 19. Magnan V, Legrain PM. *Les dégénérés*. Rueff et Cie. Paris, France: 1895.
 20. Тиганов АС. Общая психопатология. Курс лекций. 2-е изд. М. 2016. [Tiganov AS. *Obshhaya psikhopatologiya*. Kurs lekcziy. 2-e izd., 2016. (In Russ.).]
 21. Séglas J. Paranoia: Systematized Delusions and Mental Degenerations. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1888;13(5):285–300.
 22. Определение ремиссии при шизофрении. По материалам 10-й зимней сессии семинара по проблемам шизофрении. Давос, 2006 г. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2006;8(3):44–46. [Opredelenie remissii pri shizofrenii. Po materialam 10-j zimnej sessii seminaru po problemam shizofrenii. Davos, 2006 g. *Psixhiatriya i psihofarmakoterapiya*. 2006;8(3):44–46. (In Russ.).]

Информация об авторах

Копейко Григорий Иванович, кандидат медицинских наук, руководитель группы особых форм психической патологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0002-1209-1443

E-mail: gregory_kopeyko@mail.ru

Борисова Ольга Александровна, кандидат медицинских наук, группа по изучению особых форм психической патологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0002-7429-7244

E-mail: olga.borisova@gmail.com

Гедевани Екатерина Владимировна, кандидат медицинских наук, группа по изучению особых форм психической патологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0001-8829-3191

E-mail: gedevani@hotmail.com

Самсонов Иван Сергеевич, аспирант, группа по изучению особых форм психической патологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0002-3753-5661

E-mail: ivansamson@yandex.ru

Каледва Василий Глебович, доктор медицинских наук, заместитель директора, руководитель клинического отдела юношеской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0002-8580-9890

E-mail: kaleda-vg@ncpz.ru

Information about the authors

Grigoriy I. Kopeyko, PhD, MD, Cand. of Sci. (Med.), Deputy Director of Research of «Mental Health Research Centre», Chief Researcher, Group of Special Forms of Mental Disorders, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-1209-1443

E-mail: gregory_kopeyko@mail.ru

Olga A. Borisova, PhD, MD, Cand. of Sci. (Med.), Leading Researcher, Group of Special Forms of Mental Disorders, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-7429-7244

E-mail: olga.borisova@gmail.com

Ekaterina V. Gedevani, PhD, Cand. of Sci. (Med.), Senior Researcher, Group of Special Forms of Mental Disorders at Clinical Department of Juvenile Psychiatry, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0001-8829-3191

E-mail: gedevani@hotmail.com

Ivan S. Samsonov, Postgraduate, Group of Special Forms of Mental Disorders, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-3753-5661

E-mail: ivansamson@yandex.ru

Vasiliy G. Kaleda, PhD, MD, Dr. of Sci. (Med.), Deputy Director, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-8580-9890

E-mail: kaleda-vg@ncpz.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Самсонов Иван Сергеевич/Ivan S. Samsonov

E-mail: ivansamson@yandex.ru

Дата поступления 09.08.2019

Date of receipt 09.08.2019

Дата принятия 10.09.2019

Accepted for publication 10.09.2019

УДК 616.895.2

Клинико-психопатологическая дифференциация эндогенных маниакально-парафренных состояний**Clinical and Psychopathological Differentiation of Endogenous Manic-Paraphrenic States**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-30-37>**Сизов С.В.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Sizov S.V.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia



30

Цель: клинико-психопатологическая дифференциация маниакально-парафренных состояний (МПС), анализ взаимоотношения и взаимовлияния маниакального аффекта и бредовых расстройств, разработка типологии, значимой для диагностики и прогноза.

Больные: в исследование были включены 78 пациентов женского пола в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст 33,6 года). У 56 больных состояние было квалифицировано как маниакально-парафренное, у 22 — как маниакально-бредовое без парафренного бреда и изменения самосознания. Данные состояния развивались в рамках приступообразного течения эндогенных психозов. Все больные были обследованы в период лечения в клинике ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Методы: для обследования больных использованы клинико-психопатологический и клинико-катамнестический методы. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы STATISTICA 10.0 для Windows OS.

Результаты: на основании психопатологического анализа установлена неоднородность маниакально-парафренных состояний, которая касалась как механизмов бредообразования, так и особенностей собственно маниакального аффекта в их структуре. Описаны два типа маниакально-парафренного синдрома. При первом типе МПС отмечался смешанный тип аффективного бредообразования с доминированием острого чувственного бреда в картине психоза, в меньшей степени — бредообразования. Маниакальный аффект характеризовался преобладанием идеаторного возбуждения. При втором типе МПС отмечалось исключительно неаффективное бредообразование с преобладанием интерпретативного бреда и эпизодами бреда восприятия на фоне атипичной гневливой мании. У больных с маниакально-бредовыми состояниями доминировал аффективный механизм бредообразования с высоким удельным весом наглядно-образного бреда воображения и значительно меньшей долей бреда восприятия. Маниакальный аффект характеризовался наличием типичной маниакальной триады.

Выводы: типология маниакально-парафренных состояний, основанная на характеристике маниакального аффекта и бредовых расстройств, выступающих во взаимосвязи друг с другом в каждом из выделенных типов, несет дифференцированную диагностическую информацию и может служить основой прогностической значимости психоза и способствовать оптимизации терапевтической тактики.

Ключевые слова: парафренные состояния; маниакально-бредовые состояния; типология; приступообразная шизофрения; шизоаффективный психоз; аффективный психоз.

Для цитирования: Сизов С.В. Клинико-психопатологическая дифференциация эндогенных маниакально-парафренных состояний. *Психиатрия*. 2019;17(3):30–37.

Конфликт интересов отсутствует

Objective: clinical and psychopathological differentiation of manic-paraphrenic states, the analysis of the relationship and mutual influence of manic affect and delusional disorders, the development of their typological classification, which is significant for improving diagnostics and prognosis.

Patient: the study included 78 female patients aged 18 to 55 years (mean age 33.6 years). In 56 cases the condition was qualified as manic-paraphrenic, in 22 as manic-delusional, without paraphrenic delusion and change in the self-consciousness. These conditions developed as part of the attack of endogenous psychoses. All participants were in-patients of the FSBSI «Mental Health Research Centre» in 2016–2019.

Methods: the main investigation methods were clinical-psychopathological and follow-up study. Statistical processing was carried out using the program STATISTICA 10.0 for Windows OS.

Results: Based on the psychopathological analysis found heterogeneity of manic-paraphrenic states, which dealt both with the mechanisms of formation of delusion, and features of the manic actually affect the structure and describe the 2 types of manic-paraphrenic syndromes (MPs). In the first type of MPs noted the prevalence of mixed type formation of delusion on affective dominance in his picture of acute sensory delusion and, to a lesser extent, imaginative delusion. Manic affect was characterized by the dominance of ideational excitation. In the second type of MPs was observed exclusively non-affective formation of delusion dominated interpretative delusions and episodes of delusion of perception. Manic state characterized with atypical

характером содержания, отсутствием мегаломанических построений, относительной неразвернутостью и фрагментарностью антагонистической фабулы.

Таким образом, на протяжении всего психоза доминировал конгруэнтный аффекту по содержанию бред. На высоте состояния больные производили впечатление самоуверенных, воодушевленных признанием своих заслуг, чрезмерно эмоциональных, гиперэкспрессивных.

В данной группе ни в одном из наблюдений не обнаруживалось проявлений развернутого синдрома Кандинского–Клерамбо, отмечались лишь рудиментарные психические автоматизмы идеаторного и сенсорного типа, имевшие приятное, благожелательное содержание, при этом четких бредовых идей воздействия не выявлялось.

Эпизоды ониризма, возникавшие у ряда больных на высоте психоза, отличались рудиментарностью, ограничивались снами яркого, приятного, оптимистического содержания, которые как бы подтверждали дополнительно фабулу идей величия и особых способностей («вещие сны»), в то же время отчетливой кататонической симптоматики у больных не выявлялось.

Маниакальный аффект характеризовался относительной гармоничностью триады с преобладанием в тимическом компоненте оптимизма, повышенной активности и общительности, чувства самодовольства, самоуверенности, прожектерства, расторможенности влечений с неразборчивостью в сексуальных контактах. Больные были чрезмерно разговорчивы, безапелляционны в суждениях, имели склонность к хвастовству и бравате, в поведении отмечалось высокомерие и претенциозность. Отмечалась также склонность к избыточным тратам, азартным играм, получению огромного количества кредитов и займов, без учета реального финансового положения пациентов. В то же время идеаторная ускоренность никогда не достигала уровня «скачки идей».

Обратное развитие приступа характеризовалось гармоничностью и становлением критики к перенесенному состоянию, которая, однако, отличалась некоторыми особенностями, характерными для большинства маниакальных состояний. Больные признавали, что во время психоза теряли грань между фантазиями и реальностью, сожалели о финансовых и репутационных потерях. В то же время оценивали психоз как «взлет», «приятное состояние», «мобилизацию всех ресурсов», «необыкновенное приключение», сожалея о его окончании, надеясь на повторение и полагая, что приятные события раскрывали их внутренний потенциал, который далее, возможно, будет реализован.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенный психопатологический анализ позволил установить неоднородность маниакально-парафренных состояний, которая касалась как механизмов бредообразования в структуре синдрома,

так и особенностей собственно маниакального аффекта. Маниакальный аффект при 1-м типе МПС характеризовался доминированием идеаторного возбуждения со скачкой идей, а при 2-м — отличался выраженной атипией с преобладанием психопатоподобной симптоматики с раздражительностью, гневливостью, конфликтностью, оппозиционностью. При 1-м типе маниакально-парафренных состояний отмечался смешанный тип механизмов бредообразования с доминированием в картине психоза бреда восприятия и, в меньшей степени, образного бреда. Второй тип маниакально-парафренных состояний характеризовался исключительно неаффективными механизмами бредообразования (малосистематизированным интерпретативным бредом с неразвернутыми эпизодами бреда восприятия).

Установлено, что маниакально-бредовые состояния с бредом величия, не имевшие признаков парафрении в их структуре, характеризовались относительной гармоничностью маниакальной триады, формированием аффективных механизмов бредообразования и высоким удельным весом бреда воображения с видоизменением в бред восприятия лишь на высоте психоза.

Кроме того, выявлены различия в динамике становления разных типов маниакально-парафренных синдромов и в особенностях редукции симптоматики в них (в том числе с развитием резидуального бреда).

Представленная в работе типология маниакально-парафренных состояний основана на характеристике структуры и динамики собственно маниакального аффекта и бредовых расстройств, выступающих во взаимосвязи друг с другом в каждом из выделенных типов.

Разработанная типология несет дифференцированную диагностическую информацию об особенностях психического состояния больных и может служить основой для анализа их прогностической значимости, а также способствовать оптимизации терапевтической тактики.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Субботская НВ. Психопатология острого парафренного синдрома и его типологические варианты. *Психиатрия*. 2005;5(17):26–31. [Subbotskaya NV. Psychopathology of acute paraphreniation of the syndrome and its typological variations. *Psychiatry*. 2005;5(17):26–31 (In Russ.)].
2. Соколов АВ. Психопатологические особенности бреда преувеличенной самооценки в картине эндогенных маниакально-бредовых состояний. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2012;112(2):18–24. [Sokolov AV. Psychopathological features and delusion of exaggerated self-esteem in endogenous manic-delusion states. *Zhurnal neuropatologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2012;112(2):18–24 (In Russ.)].
3. Appelbaum P, Clark Robbins P, Roth Loren H. Dimensional Approach to Delusions: Comparison Across Types and Diagnoses. *The American Journal*

- of psychiatry. 1999;156:1938–1943 DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.156.12.1938>.
4. Knowles R, McCarthy-Jones S, Rowse G. Grandiose delusions: A review and theoretical integration of cognitive and affective perspectives. *Clinical Psychology Review*. 2011;31(4):684–696. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.009>.
 5. Пашковский ВЭ. Клинические особенности бреда мессианства при психических расстройствах шизофренического спектра. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2006;106(4):15–20. [Pashkovskij VE. Klinicheskie osobennosti bredda messianstva pri psixicheskix rasstrojstvax shizofrenicheskogo spektra. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2006;106(4):15–20. (In Russ.)].
 6. Тиганов АС. Клиническая психопатология. Руководство по психиатрии. 2-е изд. Под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 2009;1:27–78. [Tiganov AS. Handbook of Psychiatry. 2 izd. Ed. by A.S. Tiganov. Moscow: Meditsina, 2009;1:27–78. (In Russ.)].
 7. Casanova M. The Pathology of Paraphrenia. *Current opinion in Psychiatry*. 2010;12:196–201. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0108-8>.
 8. Ключник ТП, Зозуля СА, Андросова ЛВ и др. Иммунологический мониторинг эндогенных приступообразных психозов. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2014;114(2):37–41. [Kliushnik TP, Zozulia SA, Androsova LV i dr. Them-immunological monitoring of endogenous diseases-paroxysmal psychosis. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2014;114(2):37–41. (In Russ.)].
 9. Picardi A, Fonzi L. Delusional Themes Across Affective and Non-Affective Psychoses. *Front Psychiatry*. 2018.Apr;5;9:132. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00132>.
 10. Jacobowski N, Heckers S, Bobo W. Delirious mania: detection, diagnosis, and clinical management in the acute setting. *J. Psychiatr. Pract.* 2013;19(1):15–28. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000426324.67322.06>.
 11. Соколова БВ. К клинике и психопатологии острых парафренических состояний. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1968;5:754–758. [Sokolova BV. K klinike i psixopatologii ostryx parafrennyx sostoyanij. *Zhurnal nevropatologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1968;5:754–758. (In Russ.)].
 12. Тиганов АС. Клинические особенности острых парафренических состояний и их отношение к формам рекуррентной шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1965;114(2):266–272. [Tiganov AS. Klinicheskie osobennosti ostryx parafrennyx sostoyanij i ix otnoshenie k formam rekkurentnoj shizofrenii. *Zhurnal nevropatologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1965;114(2):266–272. (In Russ.)].
 13. Тиганов АС. Некоторые особенности маниакальных состояний при шизофрении, протекающей в форме шубов. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1969;69;2:249–253. [Tiganov AS. Nekotorye osobennosti maniakal`nyx sostoyanij pri shizofrenii, protekayushhej v forme shubov. *Zhurnal nevropatologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1969;69(2):249–253. (In Russ.)].
 14. Снежневский АВ. Клиническая психопатология. Руководство по психиатрии. Под ред. А.В. Снежневского. М. 1983;Т.1;Ч.1;Г.1;16–80. [Snezhnevskij AV. Klinicheskaya psixopatologiya. Rukovodstvo po psixiatrii. Pod red. A.V. Snezhnevskogo. M. 1983;T.1;Ch.1;G.1;16–80. (In Russ.)].
 15. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии ВОЗ. СПб.: Ардис 1994;102–109. [МКБ-10. Klassifikaciya psixicheskix i povedencheskix rasstrojstv. Issledovatel`skie diagnosticheskie kriterii VOZ. SPb.: Ardis 1994;102–109. (In Russ.)].
 16. Пантелеева ГП. Клинико-диагностическая оценка острых бредовых синдромов при шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1989;89;1:63–68. [Panteleeva GP. Kliniko-diagnosticheskaya ocenka ostryx bredovyx sindromov pri shizofrenii. *Zhurnal nevropatologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1989;89;1:63–68 (In Russ.)].
 17. Шумский НГ. К клинике парафренической (фантастически-параноидной) шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1958;4:462–470. [Shumskij NG. K klinike parafrennoj (fantasticheski-paranoidnoj) shizofrenii. *Zhurnal nevropatologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1958;4:462–470 (In Russ.)].

Информация об авторе

Сизов Степан Владимирович, аспирант, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0002-8213-5122

E-mail: sizov.stepan@list.ru

Information about the author

Stepan V. Sizov, Postgraduate Student, Department of Endogenous Mental Disorders and Affective Conditions, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-8213-5122

E-mail: sizov.stepan@list.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Сизов Степан Владимирович/Stepan V. Sizov

E-mail: sizov.stepan@list.ru

Дата поступления 25.07.2019

Date of receipt 25.07.2019

Дата принятия 10.09.2019

Accepted for publication 10.09.2019

УДК 681.2.083; 004.422.81; 616.895.8

Разработка и апробация нового метода определения параметров гемостаза у больных с психической патологией**Development and Testing of New Method for Definitions Hemostasis Parameters in Patients with Mental Pathology**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-38-43>Черемных Е.Г., Фактор М.И., Карпова Н.С., Брусов О.С.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РоссияCheremnykh E.G., Faktor M.I., Karpova N.S., Brusov O.S.
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

38

Обоснование: гемостаз является одной из самых важных защитных систем организма, а его отклонения от нормы могут привести к фатальным результатам. Изменения гемостаза наблюдаются при многих заболеваниях, в том числе и психических. Кроме того, параметры этой системы могут меняться при лечении антипсихотиками.

Цель работы: разработка и апробация нового метода и прибора оценки параметров плазменного гемостаза у больных с психическими заболеваниями для оптимизации лечения и исключения фатальных исходов.

Материалы и методы: в исследованиях использовали свободную от тромбоцитов (PFP) замороженную ($-80\text{ }^{\circ}\text{C}$) плазму крови больных шизофренией (16 пациентов) при поступлении в клинику ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» и при выписке. Контрольная группа состояла из 6 условно здоровых доноров без информации о соматических заболеваниях. Оценка плазменной коагуляции больных и здоровых доноров осуществляли с помощью разработанного нами прибора. В основе оценки гемостаза лежит определение величины сгустка пропорционально яркости изображения, которое меняется в результате образования и лизиса сгустка.

Результаты исследования: при апробации метода и прибора на первом этапе определены оптимальные концентрации активаторов коагуляции и фибринолиза, а также концентрации ионов кальция. Медианные значения всех параметров коагуляции и фибринолиза больных при поступлении в клинику, кроме параметра «время до начала образования сгустка», снижены по сравнению с объединенной плазмой доноров. Скорости образования и лизиса сгустка у больных статистически значимо снижены при выписке по сравнению с этими параметрами при поступлении. Следовательно, эти параметры могут служить оценкой изменения состояния систем коагуляции и фибринолиза при лечении.

Выводы: при апробации прибора и метода в процессе исследования коагуляции и фибринолиза больных шизофренией выявлены более низкие уровни параметров по сравнению с параметрами этих систем у доноров, а также показано снижение активности плазменной коагуляции и фибринолиза при лечении антипсихотиками.

Ключевые слова: прибор для оценки гемостаза; изменения гемостаза; шизофрения; антипсихотики.

Для цитирования: Черемных Е.Г., Фактор М.И., Карпова Н.С., Брусов О.С. Разработка и апробация нового метода определения параметров гемостаза у больных с психической патологией. *Психиатрия*. 2019;17(3):38–43.

Конфликт интересов отсутствует

Introduction: hemostasis is one of the most important protective systems of the organism, and its deviations from the norm can lead to fatal results. Changes in hemostasis are observed in many diseases, including mental pathology. In addition, parameters of this system may also change during antipsychotic therapy.

Objective: Development and testing of a new method and device for estimating plasma hemostasis parameters in patients with mental pathologies in order to optimize treatment and eliminate fatal outcomes.

Materials and methods: in the study we used frozen ($-80\text{ }^{\circ}\text{C}$) platelet-free blood plasma (PFP) samples from patients with schizophrenia (16 patients), taken at admission to the clinic FSBSI «Mental Health Research Centre». Plasma coagulation of patients and healthy donors was assessed with the device of our design. Hemostasis assessment is based on the determination of the clot size in proportion to the brightness of the image, which changes as a result of clot formation and lysis.

Results: optimal concentrations of coagulation and fibrinolysis activators, as well as concentrations of calcium ions were determined during the first stage of testing the method and device. The median values of all parameters of coagulation and fibrinolysis except «time before the formation of a clot» in patients upon admission to the clinic were reduced relative with combined plasma donors. The rates of clot formation and lysis in patients are significantly reduced at discharge compared with these parameters at admission. Consequently, these parameters can serve as an estimate of the change in the state of the coagulation and fibrinolysis systems during treatment.

Conclusion: during approbation of the device and method in the process of coagulation and fibrinolysis research in patients with schizophrenia, lower levels of parameters were detected compared to donors, and a decrease in the activity of plasma coagulation and fibrinolysis during treatment with antipsychotics was shown.

могут отражать и снижение защитных механизмов, так как плазменный гемостаз является активным участником противовоспалительной защиты организма. Поэтому своевременная и адекватная коррекция плазменного гемостаза поможет оптимизировать лечение и избежать неблагоприятных осложнений, а новый метод и прибор позволяют реализовать объективную оценку гемостаза. Кроме того, представленный прибор и программа управления позволяют оценивать не только гемостаз, но и функциональную активность системы комплемента сыворотки крови и токсичность лекарственных препаратов [5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработан прибор для автоматизации различных биологических методик, связанных с обработкой изображения, не только для оценки гемостаза, но и для определения функциональной активности системы комплемента и токсичности лекарственных препаратов.

При апробации разработки в процессе исследования коагуляции и фибринолиза больных шизофренией выявлены более низкие уровни параметров по сравнению с параметрами этих систем у доноров, а также показано снижение активности плазменной коагуляции и фибринолиза при лечении антипсихотиками.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Zarrabi MH, Zucker S, Miller F, et al. Immunologic and coagulation disorders in chlorpromazine-treated patients. *Ann. Intern Med.* 1979;91(2):194–199. DOI: 10.7326/0003-4819-91-2-194.
2. Carrizo E, Fernández V, Quintero J, et al. Coagulation and Inflammation Markers During Atypical or Typical Antipsychotic Treatment in Schizophrenia Patients and Drug Free First-degree Relatives Schizophrenia Research. 2008;103(1–3):83–93. DOI: 10.1016/j.schres.2008.03.004.
3. Masopust J, Malý R, Vališ Martin. Risk of venous thromboembolism during treatment with antipsychotic agents. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 2012;66(7):541–552. <http://dx.doi.org/10.1111/pcn.12001>.
4. Брусков ОС, Матвеев ИА, Кириллов ПС и др. Оценка риска тромботических нарушений у больных шизофренией и шизоаффективными расстройствами в остром периоде болезни с использованием технологии «фибридинамика». *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С.Корсакова.* 2017;11:91–100. doi.org/10.17116/jnevro201711171191-100 ID: 30765063. [Brusov OS, Matveev IA, Kirillov PS i dr. Risk assessment of thrombotic events in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder in the acute state: the «fibrinodynamics» technology. *Journal of neurology and psychiatry imeni S.S. Korsakova.* 2017;11:91–100. (In Russ.). org/10.17116/jnevro201711171191-100 ID: 30765063].
5. Черемных ЕГ, Савин МВ, Растрига СН и др. Прибор для биологических исследований. Патент № Ru 2673745, 02.04.2018. [Cheremnyh EG, Savin MV, Rastriга SN i dr. Pribor dlya biologicheskikh issledovanij Patent № Ru 2673745, 02.04.2018. (In Russ.)].

Информация об авторах

Черемных Елена Григорьевна, кандидат технических наук, старший научный сотрудник, лаборатория биохимии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0001-5166-4462

E-mail: elcher10@yandex.ru

Фактор Магнолия Иосифовна, кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник, лаборатория биохимии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0003-4366-5558

E-mail: magnolia-faktor@mail.ru

Карпова Наталья Сергеевна, научный сотрудник, лаборатория биохимии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0003-2061-8097

E-mail: nat_karпова@mail.ru

Брусков Олег Сергеевич, кандидат биологических наук, заведующий лабораторией биохимии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0003-1269-679X

E-mail: oleg.brusow@yandex.ru

Information about the authors

Elena G. Cheremnykh, Cand. of Sci. (Technical), Senior Researcher, Laboratory of Biochemistry, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0001-5166-4462

E-mail: elcher10@yandex.ru

Magnolia I. Faktor, PhD, Cand. of Sci. (Biol.), Leading Researcher, Laboratory of Biochemistry, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0003-4366-5558

E-mail: magnolia-faktor@mail.ru

Natalia S. Karpova, Researcher, Laboratory of Biochemistry, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0003-2061-8097

E-mail: nat_karpova@mail.ru

Oleg S. Brusov, PhD, Cand. of Sci. (Biol.), Head of the Laboratory of Biochemistry, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia ORCID 0000-0003-1269-679X

E-mail: oleg.brusow@yandex.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Елена Григорьевна Черемных/Elena G. Cheremnykh

E-mail: elcher10@yandex.ru

Дата поступления 19.07.2019

Date of receipt 19.07.2019

Дата принятия 10.09.2019

Accepted for publication 10.09.2019

УДК 612.015.348; 612.822.1; 611.018.8; 616.895.8

Полимеризация тубулина и его колхицинсвязывающая активность в различных структурах головного мозга в норме и при шизофрении**Polymerization of Tubulin and Its Colchicine Binding Activity in Various Brain Structures in Healthy and in Schizophrenia**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-44-50>**Бурбаева Г.Ш., Андросова Л.В., Савушкина О.К.**
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия**Burbaeva G.Sh., Androsova L.V., Savushkina O.K.**
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

44

Обоснование: нарушения цитоскелета нейронов при психических заболеваниях вызывают интерес к изучению микротрубочек и белков, входящих в их состав. Тубулин (основной белок микротрубочек) обладает специфическими свойствами: обратимо полимеризоваться в микротрубочки и связывать митотический яд колхицин в эквимольных количествах.

Цель исследования: оценить процесс полимеризации тубулина по изменению светорассеяния и определить уровень связывания колхицина в различных структурах головного мозга в норме и при шизофрении.

Материал и методы: исследованы аутопсийные образцы головного мозга больных шизофренией ($n = 6$) и контрольной группы ($n = 9$). Образцы префронтальной (поле 10), височной (поле 21), лимбической коры (поля 23/24) и таламуса выделены по картам Бродмана. Изменение светорассеяния и колхицинсвязывающую активность тубулина определяли, как описано ранее.

Результаты: в исследуемых регионах мозга при шизофрении полимеризация тубулина в микротрубочки не нарушена, кроме лимбической коры, в которой выявлено незначительное, но достоверное снижение светорассеяния. В то же время связывание колхицина снижено при шизофрении во всех исследованных областях коры. Это снижение не зависело от возраста, пола, постмортального интервала. В таламусе колхицинсвязывающая активность не изменялась, но при этом она была ниже, чем в полях коры в контрольной группе и при шизофрении.

Заключение: при шизофрении выявлено снижение колхицинсвязывающей активности, и следовательно, и количества тубулина в исследуемых областях коры головного мозга, что может быть следствием патологического процесса, затрагивающего кору, но не подкорковые структуры мозга. Однако этот процесс не вызывал нарушения полимеризации тубулина в микротрубочки. Полученные результаты подтверждают данные литературы об изменении цитоскелета при шизофрении именно в этих полях коры.

Ключевые слова: тубулин; колхицинсвязывающая активность тубулина; мозг человека; шизофрения.

Для цитирования: Бурбаева Г.Ш., Андросова Л.В., Савушкина О.К. Полимеризация тубулина и его колхицинсвязывающая активность в различных структурах головного мозга в норме и при шизофрении. *Психиатрия*. 2019;17(3):44–50.

Конфликт интересов отсутствует

Introduction: abnormalities of neuronal cytoskeleton in mental disorders require to study microtubules and their proteins. Tubulin (the main protein of microtubules) has specific properties: reversibly polymerize into microtubules and bind mitotic poison colchicine in equimolar quantities.

Objective: to evaluate the process of tubulin polymerization by light scattering change and to determine the level of colchicine binding (colchicine binding activity of tubulin) in various brain structures in healthy and schizophrenia brains.

Material and methods: autopsy brain samples from patients with schizophrenia ($n = 6$) and from the control group ($n = 9$) were studied. Samples of the prefrontal (area 10), temporal (area 21), cingulate cortex (area 23/24) and thalamus were isolated (Brodmann's areas). Measurements of light scattering during tubulin polymerization and colchicine-binding activity of tubulin were determined as described earlier.

Results: tubulin polymerization was not disturbed in schizophrenia as compared to controls, except for the cingulate cortex that showed slight but significant decrease in light scattering. At the same time, the binding of colchicine in schizophrenia was reduced in all examined areas of the cortex. This decrease was not associated with age, sex, and postmortem interval since the groups were matched by these factors. The tubulin colchicine-binding activity in thalamus remained at the same level both in control and schizophrenia, but it was lower than in the areas of the cortex.

Conclusion: Decreased colchicine-binding activity and hence decreased amount of tubulin in the cerebral cortical areas without changes of the tubulin polymerization in microtubules have been shown in schizophrenia. The results confirm the literature data on the changes in the cytoskeleton in cortical areas in schizophrenia.

Keywords: tubulin; colchicine binding activity of tubulin; human brain; schizophrenia.

Как было указано во введении, другим важным свойством тубулина, кроме способности полимеризоваться в МТ, является способность связывать митотический яд колхицин в эквимольном соотношении, что позволяет косвенно оценить уровень тубулина по его колхицинсвязывающей активности.

На рис. 2 показаны величины связывания колхицина (в %) в префронтальной (поле 10), височной (поле 21), лимбической коре (поле 23/24) и в таламусе в норме и при шизофрении. Из рис. 2 видно, что при шизофрении в сравнении с контрольными случаями наблюдается достоверное снижение колхицинсвязывающей активности тубулина в префронтальной, височной и лимбической коре мозга ($p = 0,005$, $p = 0,049$, $p < 0,012$ соответственно). В то же время таких изменений колхицинсвязывающей активности тубулина не происходит в таламусе: в норме и при шизофрении она остается на том же уровне ($p = 0,689$). Как в контрольной группе, так и при шизофрении колхицинсвязывающая активность тубулина значительно снижена в таламусе по сравнению с этим показателем в областях коры головного мозга.

Выявленное уменьшение колхицинсвязывающей активности в областях коры при шизофрении не зависело от возраста, пола и постмортального интервала (ПМИ), так как сравниваемые группы были подобраны с учетом этих факторов.

Таким образом, показано, что в исследуемых регионах мозга при шизофрении полимеризация тубулина в МТ не нарушена, в то время как связывание колхицина снижено в областях коры, но не в подкорковой структуре — таламусе.

Ранее полученные нами результаты показали отсутствие взаимосвязи между этими двумя свойствами. Так, ионы металлов [12, 13], «антиальцгеймеровские» фармакологические препараты [14], аминазин [11] вызывали нарушение процесса полимеризации тубулина, но не влияли на его колхицинсвязывающую активность. Корреляционный анализ, проведенный в настоящей работе, подтвердил отсутствие связи между изменением светорассеяния при полимеризации тубулина и уровнем связывания колхицина.

Снижение связывания колхицина, выявленное в областях коры головного мозга при шизофрении, может быть обусловлено уменьшением количества тубулина в этих регионах. Данные литературы об экспрессии тубулина в мозге при шизофрении весьма противоречивы. Так, в отличие от наших результатов, Вауер и соавт. [15] в исследовании различных областей коры головного мозга не выявили различий в количестве тубулина при шизофрении от контрольной группы. Однако другие авторы обнаружили значительное снижение его уровня в дорсолатеральной фронтальной коре [16], но в той же области коры Чап и соавт. [17] показали увеличение его количества. Не было обнаружено изменений количества тубулина в таламусе мозга больных шизофренией методом вестерн-блоттинга с использованием антисыворотки к β -субъединице [18], что со-

гласуется с результатами, полученными в настоящем исследовании при определении колхицинсвязывающей активности тубулина в таламусе.

Протеомные исследования с использованием двумерного электрофореза, вестерн-блоттинга и масс-спектрометрии обнаружили снижение экспрессии α - и β -субъединиц тубулина в передней лимбической коре [19] и экспрессии β -субъединицы тубулина в дорсолатеральной префронтальной коре [3, 20]. Независимо от направленности изменений экспрессии тубулина, результаты этих работ, так же как и настоящего исследования, показывают, что экспрессия тубулина может быть изменена в отдельных структурах мозга при шизофрении. Эти изменения характерны для полей коры головного мозга: префронтальной, лимбической и височной, что согласуется с данными литературы об изменении цитоскелета в этих областях мозга при шизофрении [6, 21].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании полученных данных можно предположить, что причиной снижения колхицинсвязывающей активности и, следовательно, количества тубулина в областях коры при шизофрении является патологический процесс, затрагивающий кору головного мозга, но не подкорковые структуры мозга. Однако этот процесс не вызывает нарушение полимеризации тубулина в МТ.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Пчицкая ЕИ, Жемков ВА, Безпрозванный ИБ. Динамические микротрубочки при болезни Альцгеймера: связь с патологией дендритных шипиков. *Биохимия*. 2018;83(9):1343–1350. DOI:10.1134/S0320972518090087. [Pchitskaya EI, Zhemkov VA, Bezprozvanny IB. Dynamic microtubules in Alzheimer's disease: association with dendritic spine pathology. *Biochemistry*. 2018;83(9): 1343–1350. (In Russ.). DOI: 10.1134/S0006297918090080].
2. Marchisella F, Coffey ET, Hollos P. Microtubule and microtubule associated protein anomalies in psychiatric disease. *Cytoskeleton (Hoboken)*. 2016;73(10):596–611. DOI: 10.1002/cm.21300.
3. Behan AT, Byrne C, Dunn MJ, et al. Proteomic analysis of membrane microdomain-associated proteins in the dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia and bipolar disorder reveals alterations in LAMP, STXBP1 and BASP1 protein expression. *Mol. Psychiatry*. 2009;14(6):601–613. DOI: 10.1038/mp.2008.7
4. Jaworski J, Kapitein LC, Gouveia SM, et al. Dynamic microtubules regulate dendritic spine morphology and synaptic plasticity. *Neuron*. 2009;61(1):85–100. DOI: 10.1016/j.neuron.2008.11.013.
5. Gu J, Zheng JQ. Microtubules in Dendritic Spine Development and Plasticity. *Open Neurosci. J.* 2009;3:128–133. DOI: 10.2174/1874082000903020128.

6. Martins-de-Souza D, Schmitt A, Röder R, et al. Sex-specific proteome differences in the anterior cingulate cortex of schizophrenia. *J. Psychiatr. Res.* 2010;44(14):989–991. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2010.03.003.
7. Verstraelen P, Detrez JR, Verschuuren M, et al. Dysregulation of Microtubule Stability Impairs Morphofunctional Connectivity in Primary Neuronal Networks. *Front Cell. Neurosci.* 2017;11:173. DOI: 10.3389/fncel.2017.00173.
8. Andrieux A, Salin P, Schweitzer A, et al. Microtubule stabilizer ameliorates synaptic function and behavior in a mouse model for schizophrenia. *Biol. Psychiatry.* 2006;60(11):1224–1230. DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.03.048.
9. Gardiner J, Overall R, Marc J. The microtubule cytoskeleton acts as a key downstream effector of neurotransmitter signaling. *Synapse.* 2011;65(3):249–256. DOI:10.1002/syn.20841.
10. Janke C. The tubulin code: Molecular components, readout mechanisms, and functions. *J. Cell. Biol.* 2014;14:461–472. DOI:10.1083/jcb.201406055.
11. Андросова ЛВ, Бурбаева ГШ. Аминазин — высокоэффективный ингибитор полимеризации тубулина. *Биохимия.* 1987;52(7):1162–1167. [Androsova LV, Burbaeva GSh. Aminazin — vysokoeffektivnyj inhibitor polimerizacii tubulina. *Biohimiya.* 1987;52(7):1162–1167. (In Russ)].
12. Шевцов ПН, Шевцова ЕФ, Бурбаева ГШ. Влияние ионов алюминия, железа и цинка на сборку мозговых микротубулярных белков в микротрубочки. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины.* 2016;4:433–439. DOI: 10.1007/s10517-016-3436-9. [Shevtsov PN, Shevtsova EF, Burbaeva GSh. Effect of Aluminum, Iron, and Zinc Ions on the Assembly of Microtubules from Brain Microtubule Proteins. *Bull. Exp. Biol. Med.* 2016;161(4):451–455. (In Russ). DOI: 10.1007/s10517-016-3436-9].
13. Шевцов ПН, Шевцова ЕФ, Савушкина ОК и др. Влияние ионов Al^{3+} , Fe^{3+} и Zn^{2+} на фосфорилирование тубулина и микротубулоассоциированных белков мозга крысы. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины.* 2018;165(4):509–512.13. DOI: 10.1007/s10517-018-4206-7. [Shevtsov PN, Shevtsova EF, Savushkina OK i dr. Influence of Al^{3+} , Fe^{3+} и Zn^{2+} ions on phosphorylation of tubulin and microtubulo-associated proteins of rat brain. *Bull. Exp. Biol. Med.* 2018;165(4):512–515. (In Russ). DOI: 10.1007/s10517-018-4206-7].
14. Bauer DE, Haroutunian V, McCullumsmith RE, Meador-Woodruff JH. Expression of four housekeeping proteins in elderly patients with schizophrenia. *J. Neural. Transm. (Vienna).* 2009;116(4):487–491. DOI: 10.1007/s00702-008-0143-3.
15. Sivagnanasundaram S, Crossett B, Dedova I, et al. Abnormal pathways in the genu of the corpus callosum in schizophrenia pathogenesis: a proteome study. *Proteomics Clin. Appl.* 2007;1(10):1291–1305. DOI: 10.1002/prca.200700230.
16. Chan MK, Tsang TM, Harris LW, et al. Evidence for disease and antipsychotic medication effects in post-mortem brain from schizophrenia patients. *Mol. Psychiatry.* 2011;16(12):1189–1202. DOI: 10.1038/mp.2010.100.
17. Clinton SM, Haroutunian V, Meador-Woodruff JH. Up-regulation of NMDA receptor subunit and post-synaptic density protein expression in the thalamus of elderly patients with schizophrenia. *J. Neurochem.* 2006;98(4):1114–1125. DOI: 10.1111/j.1471-4159.2006.03954.x.
18. Beasley CL, Pennington K, Behan A, et al. Proteomic analysis of the anterior cingulate cortex in the major psychiatric disorders: Evidence for disease-associated changes. *Proteomics.* 2006;6(11):3414–3425. DOI: 10.1002/pmic.200500069.
19. English JA, Dicker P, Föcking M, et al. 2-D DIGE analysis implicates cytoskeletal abnormalities in psychiatric disease. *Proteomics.* 2009;9(12):3368–3382. DOI: 10.1002/pmic.200900015.
20. Hayashi-Takagi A, Takaki M, Graziane N, et al. Disrupted-in-Schizophrenia 1 (DISC1) regulates spines of the glutamate synapse via Rac1. *Nat. Neurosci.* 2010;13(3):327–332. DOI: 10.1038/nn.2487.

Информация об авторах

Бурбаева Гульнур Шингожиевна, доктор биологических наук, профессор, заведующая лабораторией нейрохимии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0001-7744-533X
E-mail: gburb@mail.ru

Андросова Любовь Васильевна, кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник, лаборатория нейроиммунологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0002-2433-8810

E-mail: androsL@mail.ru

Савушкина Ольга Константиновна, кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник, лаборатория нейрохимии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0002-5996-6606
E-mail: osavushkina1@yandex.ru

Information about the authors

Gulnur Sh. Burbaeva, PhD, Dr. of Sci. (Biol.), Professor, Chief of Neurochemistry Laboratory, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0001-7744-533X

E-mail: gburb@mail.ru

Lubov V. Androsova, PhD, Cand. of Sci. (Biol.), Leading Researcher, Laboratory of Neuroimmunology, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-2433-8810

E-mail: androsL@mail.ru

Olga K. Savushkina, PhD, Cand. of Sci. (Biohim.), Leading Researcher, Laboratory of Neurochemistry, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-5996-6606

E-mail: osavushkina1@yandex.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Савушкина Ольга Константиновна/Olga K. Savushkina

E-mail: osavushkina1@yandex.ru

Дата поступления 13.06.2019

Date of receipt 13.06.2019

Дата принятия 10.09.2019

Accepted for publication 10.09.2019

УДК 616.89

Становление понимания феномена расстройства половой идентификации**Formation of Understanding of the Phenomenon of Gender Identity Disorder**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-51-61>

Попова Г.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Popova G.A.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia



51

Цель обзора: представить эволюцию взглядов отечественных и зарубежных исследователей на феномен расстройства половой идентификации (РПИ), проблемы и спорные вопросы его классификации и отнесения к психическим расстройствам.

Материал и метод: по ключевым словам «расстройство половой идентификации», «гендерная дисфория» отобраны публикации в базах MEDLINE/PubMed.

Результаты: выделены следующие направления исследований: (1) распространенность и эпидемиология расстройства половой идентификации в настоящее время; (2) взгляды ученых на протяжении всего периода изучения вопроса; (3) варианты классификаций нарушений половой идентичности; (4) актуальное состояние проблемы; (5) актуальные вопросы патогенеза.

Ключевые слова: расстройство половой идентификации, гендерная дисфория, эндогенные заболевания, психопатология.

Для цитирования: Попова Г.А. Становление понимания феномена расстройства половой идентификации. *Психиатрия*. 2019;17(3):51–61.

Конфликт интересов отсутствует

The aim: was to present the evolution of the views of Russian and foreign researchers on gender identity disorder, problems and controversial issues of its classification and, as such, attribution to mental disorders.

Material and method keywords «gender identity disorder», «gender dysphoria» were used to find the publications in MEDLINE/PubMed.

Results: this review highlights the following areas: (1) the prevalence and epidemiology of the problem at present; (2) the views of scientists throughout the entire period of studying the issue; (3) variants of classifications of gender identity disorder; (4) the current state of the problem; (5) current issues of pathogenesis.

Keywords: gender identity disorder; gender dysphoria; endogenous diseases; psychopathology.

For citation: Popova G.A. Formation of Understanding of the Phenomenon of Gender Identity Disorder. *Psychiatry*. 2019;17(3):51–61.

There is no conflict of interest

Распространенность транссексуализма в мире, по некоторым данным, колеблется от 1:40 000 до 1:100 000 населения [1]. Количество пациентов с гендерной дисфорией, обращающихся за помощью, поддержкой и лечением, сильно возросло в последнее время согласно исследованиям, проводившимся в Европе и США [2–4]. Одновременно значительно возросло количество людей, самостоятельно диагностирующих себя как транссексуалов или заявляющих о наличии гендерной дисфории. Популяционные исследования, проведенные в Дании L. Kuurer и C. Wijsen в 2014 г. на большой выборке населения, показали, что 4,6% человек, зарегистрированных при рождении как мужчины, и 3,2% человек, зарегистрированных как женщины, заявили о своей «амбивалентной гендерной идентичности» (равносильная самоидентификация как с про-

тивоположным полом, так и с полом, определенным при рождении). 1,1% мужчин и 0,8% женщин заявили об «инконгруэнтной гендерной идентификации» (самоидентификации с более высоким сродством к противоположному полу, нежели к полу, определенному при рождении) [5]. Сходные результаты были получены Van Saenegeem и соавт. в 2015 г., представившими результаты двух исследований, проведенных в Бельгии с целью изучения гендерной амбивалентности и гендерной инконгруэнтности, одно из этих исследований осуществлялось на средней выборке населения, второе — на представителях сексуальных меньшинств [6].

Возросшее количество пациентов с гендерной дисфорией и гендерной инконгруэнтностью в последнее десятилетие может быть объяснено рядом взаимосвязанных факторов: возросшим количеством транссек-

развитием мозга, возможно, вызванным пренатальным гормональным дисбалансом [94, 95]. Тем не менее существуют важные различия в структуре мозга у пациентов с этими расстройствами: толщина коры головного мозга увеличивается у транссексуальных женщин (MtF) [96], в то время как доказано, что шизофрения связана с уменьшением толщины коры, вне зависимости от пола [97–99]. Это говорит о том, что даже если оба расстройства связаны с общими путями развития нервной системы, изменения, наблюдаемые при расстройстве половой идентификации, являются менее выраженными и более специфичными для региона, чем те, которые наблюдаются при шизофрении.

В зарубежных работах по этой теме стоит отметить сохраняющуюся тенденцию к более поверхностному изучению психопатологии этого явления, что вызвано более прагматичным подходом к исследованиям, призванным оценить распространенность и улучшить возможности социализации. Несмотря на высокую частоту встречаемости нарушений полоролевой идентичности, тесно спаянных с развитием эндогенного заболевания и динамикой расстройства личности, в научной литературе по сути отсутствует их детальное терминологическое описание. При этом нет очевидных корреляций между психопатологической структурой проявлений эндогенного заболевания, формой и стойкостью нарушений половой идентичности, хотя ранее была описана высокая тропность этих проявлений к явлениям «классических» неврозо- и психопатоподобных расстройств. Таким образом, изучение литературных данных по вопросу РПИ, возникающего в рамках эндогенной патологии и расстройств личности, показывает, что эта проблема не получила однозначной оценки до сих пор. Во многом этому способствует противоречивое отношение к таким пациентам в мире, тенденция к гиподиагностике в силу возрастающей популярности движения за права и повышение толерантности в обществе к представителям сексуальных меньшинств, что влечет за собой во многих случаях приравнивание формы патологии к норме и последующее неправильное ведение таких пациентов, влекущее за собой разрешение на коррекцию пола.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Психиатрия. Национальное руководство. Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова и др. М.: Издательство Геотар-Медиа; 2009:599–611. [Dmitrieva TB, Krasnov VN, Neznanov NG i dr., eds. *Psikhiatriya. Natsional'noe rukovodstvo*. М.: Geotar-Media; 2009:599–611. (In Russ.)].
2. Aitken M, Steensma TD, Blanchard R, et al. Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic Referred Adolescents with Gender Dysphoria. *J. Sex Med.* 2015;12(3):756–763. DOI: 10.1111/jsm.12817.
3. De Vries ALC, Kreukels BPC, T'Sjoen G, et al. Increase of referrals to gender identity clinics: a European trend? In: *Transgender Healthcare in Europe*. Book of Abstracts. Ghent, Belgium: European Professional Association of Transgender Health (EPATH); 2015.
4. Wiepjes C, Nota N, de Blok C, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972–2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *J. Sex Med.* 2018;15(4):582–590. DOI: 10.1016/j.jsxm.2018.01.016.
5. Kuypers L, Wijzen C. Gender Identities and Gender Dysphoria in the Netherlands. *Arch. Sex Behav.* 2013;43(2):377–385. DOI: 10.1007/s10508-013-0140-y.
6. Van Caenegem E, Wierckx K, Elaut E, et al. Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. *Arch. Sex Behav.* 2015;44(5):1281–1287. DOI: 10.1007/s10508-014-0452-6.
7. Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version. *International Journal of Transgenderism.* 2012;13(4):165–232. DOI: 10.1080/15532739.2011.700873.
8. Wylie K, Barrett J, Besser M, et al. Good Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Adults with Gender Dysphoria. *Sexual and Relationship Therapy.* 2014;29(2):154–214. DOI: 10.1080/14681994.2014.883353.
9. European Union. Agency for Fundamental Rights, Europäische Union Agentur für Grundrechte, and FRA-European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: An EU-wide survey: Main results. FRA, European Union Agency for Fundamental Rights, 2014.
10. Keuzenkamp S, Kuypers L. Acceptance of LGBT individuals in the Netherlands 2013. The Hague: The Netherlands Institute of Social Research (ED). 2013:26–29.
11. Beek T, Kreukels B, Cohen-Kettenis P, Steensma T. Partial Treatment Requests and Underlying Motives of Applicants for Gender Affirming Interventions. *J Sex Med.* 2015;12(11):2201–2205. DOI: 10.1111/jsm.13033.
12. Arcelus J, Bouman W, Van Den Noortgate W, et al. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry.* 2015;30(6):807–815. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.04.005.
13. Lukianowicz L. Transvestism and psychosis. *Psychiatr Neurol.* 1995;138:67–78.
14. Gittleson N, Levine S. Subjective Ideas of Sexual Change in Male Schizophrenics. *The British Journal of Psychiatry.* 1966;112(489):779–782. DOI: 10.1192/bjp.112.489.779.
15. Gittleson N, Dawson-Butterworth K. Subjective Ideas of Sexual Change in Female Schizophrenics. *The British Journal of Psychiatry.* 1967;113(498):491–494. DOI: 10.1192/bjp.113.498.491.
16. Connolly F, Gittleson N. The Relationship Between Delusions of Sexual Change and Olfactory and Gustatory Hallucinations in Schizophrenia. *The*

- British Journal of Psychiatry.* 1971;119(551):443–444. DOI: 10.1192/bjp.119.551.443.
17. Campo J, Nijman HL, Evers C, et al. Genderidentiteitsstoornissen als bijverschijnsel van psychose, in het bijzonder schizofrenie [Gender identity disorders as comorbid phenomena of psychosis and schizophrenia]. *Ned:Tijdschr Geneeskd.* 2001;39:1876–1880. (In Dutch).
 18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1980.
 19. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1994.
 20. Бухановский АО. Синдром отвергания пола: клиническая разновидность в тактике лечения и реадaptации. *Вопросы клинического лечения и профилактики сексуальных расстройств.* М.; 1993:103–105. [Bukhanovskii AO. Sindrom otverganiya pola: klinicheskaya raznovidnost' v taktike lecheniya i readaptatsii. *Voprosy klinicheskogo lecheniya i profilaktiki seksual'nykh rasstroistv.* М.; 1993:103–105. (In Russ.)].
 21. Адамян РТ, Зеянин АС. Микрохирургическая фаллопластика. Актуальные вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии: Тез. итоговых работ. Иркутск, 1993:62–63. [Adamyani RT, Zelyanin AS. Microhirurgicheskaya falloplastika. Aktual'nye voprosy reconstructivnoy i vosstanovitel'noy hirurgii. I.; 1993:62–63. (In Russ.)].
 22. Malinowski B. *The Sexual Life of Savages in North-Western Melanesia.* Abingdon-on-Thames: Rutledge & Kegan Paul Ltd., 1932:395–402.
 23. Mead M. *Sex and temperament in three primitive societies.* New York: Morrow; 1963:278–280.
 24. Кон ИС. Психосексуальное развитие и половая социализация. В кн.: Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л.: Медицина, 1978:113–122. [Kon IS. Psihoseksualnoe razvitiye i polovaya socializaciya. V kn.: Semeynaya psihoterapiya pri nervnyh i psichicheskikh zabolovaniyah. L. Medicina, 1978:113–122. (In Russ.)].
 25. Флотская НЮ. Развитие половой идентичности у детей и подростков в условиях современного российского общества. *Экология человека.* 2004;5:37–40. [Flotskaya NYu. Razvitiye polovoy identichnosti u detey i podrostkov v usloviyah sovremennogo rossiyskogo obschestva. *Ecologiya cheloveka.* 2004.5:37–40. (In Russ.)].
 26. Griesinger W. Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin für das Sommer-Semester 1868. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.* 1868;1(3):636–654. DOI: 10.1007/bf02089117.
 27. Westphal C. Die conträre Sexualempfindung, Symptom eines neuropathischen (psychopathischen) Zustandes. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.* 1870;2(1):73–108. DOI: 10.1007/bf01796143.
 28. Фрейд З. Три статьи по теории сексуальности. Психоанализ и теория сексуальности. СПб.: Алетейя; 2000:5–129. [Freud Z. Three essay on the theory of sexuality. *Psychoanalysis and the theory of sexuality.* SPb.: Aleteiya; 2000:5–129. (In Russ.)].
 29. Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия, с обращением особого внимания на извращение полового чувства. СПб.: Издание журнала «Практическая медицина»; 1909. [Kraft-Ebing R. Polovaya psikhopatiya, s obrashcheniem osobogo vnimaniya na izvrashchenie polovogo chuvstva. SPb.: Izdanie zhurnala «Prakticheskaya meditsina»; 1909 (In Russ.)].
 30. Nicolosi J. *Reparative Therapy of Male Homosexuality.* Rowman & Littlefield, 2004:2–30.
 31. Socarides C. *Homosexuality: A Freedom Too Far.* Phoenix: Adam Margrave, 1995:32–78.
 32. Hirshfeld M. *Die Transvestiten — eine Untersuchung uber den erotischen Verkleidugstrieb mit umfangreichem casuistischem und historischem Material.* Berlin: Medicinischer Verlag;1910.
 33. Mühsam R. Chirurgische Eingriffe bei Anomalien des Sexuallebens. *Therapie der Gegenwart.* 1926;67:451–455.
 34. Hamburger C. Transvestism. *J. Am. Med. Assoc.* 1953;152(5):391. DOI: 10.1001/jama.1953.03690050015006.
 35. Wälinder J. *Transsexualism: A Study of Forty-three Cases.* Goteborg: Scandinavian University Books; 1967.
 36. Benjamin H. Transsexualism and transvestism as psychosomatic and somatopsychic syndromes. (NY). *Am. J. Psychother.* 1954;8(2):219–230.
 37. Pauly I, Edgerton M. The gender identity movement: A growing surgical-psychiatric liaison. *Archives of Sexual Behavior.* 1986;15:318.
 38. Михайличенко ВВ, Фесенко ВН, Хмельницкая НМ и др. Морфофункциональные изменения органов женской и мужской репродуктивной системы при перемене пола. *Урология.* 2013;3:18–23. [Mikhailichenko VV, Fesenko VN, Khmelnitskaya NM i dr. Morphological and functional changes of organs of female and male reproductive systems at change of sex. *Urologiya.* 2013;3:18–23. (In Russ.)].
 39. Edgerton M. The role of surgery in the treatment of transsexualism. *Ann. Plast. Surg.* 1984;13(6):473–481.
 40. Калинченко СЮ, Тюзиков ИА. Практическая андрология. М.: Практическая медицина; 2009:268–286. [Kalinchenko S, Tyuzikov I. Prakticheskaya andrologiya M.: Prakticheskaya Meditsina; 2009:268–286. (In Russ.)].
 41. Dörner G. Sexual Endocrinology and Terminology in Sexology. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes.* 1988;91(02):129–134. DOI: 10.1055/s-0029-1210734.

42. Bartlett N, Vasey P, Bukowski W. Is gender identity disorder in children a mental disorder? *Sex Roles. A Journal of Research*. 2000;43(11–12):753–785.
43. Bem S. The lenses of gender: Transforming the debate on sexual inequality. New Haven, CT, US: Yale University Press; 1993.
44. Feder E. Disciplining the family: The case of gender identity disorder. *Philos. Stud.* 1997;85(2/3):195–211. DOI: 10.1023/a:1004275024875.
45. Isay R. Remove gender identity disorder from DSM. *Psychiatric News*. 1997;32(9):13.
46. McCarthy L. Off that spectrum entirely: A study of female-bodied transgender — identified individuals [dissertation]. 2003. Retrieved from <http://search.proquest.com.ezp.waldenulibrary.org/docview/305322146/abstract/760E0436806541E6PQ/1?accountid=14872>.
47. Menvielle EJ. Gender identity disorder Letter to the editor. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(3):243–244.
48. Minter S. Diagnosis and treatment of gender identity disorder in children. In: Rottnek M, ed. *Sissies & tomboys: Gender nonconformity & homosexual childhood*. New York: New York University Press; 1999:9–33.
49. Moore S. Diagnosis for a straight planet: A critique of gender identity disorder for children and adolescents in the DSM-IV [dissertation]. Berkeley: The Wright Institute; 2002.
50. Richardson J. Setting Limits on Gender Health *Harv. Rev. Psychiatry*. 1996;4(1):49–53. DOI: 10.3109/10673229609030522.
51. Richardson J. Response: Finding the Disorder in Gender Identity Disorder. *Harv. Rev. Psychiatry*. 1999;7(1):43–50. DOI: 10.3109/hrp.7.1.43.
52. Rosenberg M, Jellinek M. Children With Gender Identity Issues and Their Parents in Individual and Group Treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(5):619–621. DOI: 10.1097/00004583-200205000-00020.
53. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.
54. Davy Z, Toze M. What Is Gender Dysphoria? A Critical Systematic Narrative Review. *Transgend Health*. 2018;3(1):159–169 DOI:10.1089/trgh.2018.0014
55. Zucker K, Spitzer R. Was the Gender Identity Disorder of Childhood Diagnosis Introduced into DSM—III as a Backdoor Maneuver to Replace Homosexuality? A Historical Note. *J. Sex Marital. Ther.* 2005;31(1):31–42. DOI: 10.1080/00926230590475251.
56. Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*. 2012;13(4):165–232. DOI: 10.1080/15532739.2011.700873.
57. Gómez-Gil E, Trilla A, Salamero M, Godás T, Valdés M. Sociodemographic, Clinical, and Psychiatric Characteristics of Transsexuals from Spain. *Arch. Sex Behav.* 2008;38(3):378–392. DOI: 10.1007/s10508-007-9307-8.
58. Nuttbrock L, Hwahng S, Bockting W, et al. Psychiatric Impact of Gender-Related Abuse Across the Life Course of Male-to-Female Transgender Persons. *J. Sex Res.* 2010;47(1):12–23. DOI: 10.1080/00224490903062258.
59. Fisk N. Editorial: Gender dysphoria syndrome — the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *West J. Med.* 1974;120(5):386–391.
60. La Torre R, Piper W. Gender identity and gender role in schizophrenia. *J. Abnorm. Psychol.* 1979;88(1):68–72. DOI: 10.1037/0021-843x.88.1.68.
61. Campo J, Nijman H, Merckelbach H, Evers C. Psychiatric Comorbidity of Gender Identity Disorders: A Survey Among Dutch Psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(7):1332–1336. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.7.1332.
62. de Vries A, Steensma T, Doreleijers T, Cohen-Kettenis P. Puberty Suppression in Adolescents With Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up Study. *J. Sex Med.* 2011;8(8):2276–2283. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x
63. Di Ceglie D, Freedman D, McPherson S, Richardson P. Children and adolescents referred to a specialist gender identity development service: clinical features and demographic characteristics. *International Journal of Transgenderism*. 2002;6(1):97–103.
64. Grossman A, D'Augelli A. Transgender Youth and Life-Threatening Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007;37(5):527–537. DOI: 10.1521/suli.2007.37.5.527.
65. Белкин АИ. Третий пол. Судьбы пасынков Природы. М.: «Издательство «Олимп»; 2000. [Belkin AI. Tretiy pol. Sud'by pasynkov prirody. M. 2000. (In Russ.)].
66. Бухановский АО, Труфанова ОК, Иванова ТВ. Результаты клинического и экспериментально-психологического исследования при диагностике патологии личности с инверсией половой идентичности и ориентации. Пятый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. Тезисы докладов. 1985;(1):192–194. [Bukhanovskii AO, Trufanova OK, Ivanova TV. Rezul'taty klinicheskogo i eksperimental'no-psikhologicheskogo issledovaniya pri diagnostike patologii lichnosti s inversiei polovoï identichnosti i orientatsii. Pyaty Vserossiiskii s'ezd nevropatologov i psikhiatrov. Tezisy dokladov. 1985;(1):192–194. (In Russ.)].
67. Васильченко ГС. Общая сексопатология. Руководство для врачей. М.: Медицина; 1977. [Vasil'chenko GS. Obshchaya seksopatologiya. Rukovodstvo dlya vrachei. M.: Meditsina; 1977. (In Russ.)].

68. Григорьева ТН. Медико-психологическая и социальная помощь пациентам с нарушением половой идентификации. «Социальные и клинические проблемы сексологии и сексопатологии» (Материалы международной конференции). Москва; 2002. [Grigor'eva TN. Medico-psychologicheskaya i social'naya pomoshch' pacientam s narusheniem polovoy identifikacii. M.: 2002. (In Russ.)].
69. Кулиш СБ, Матевосян СН, Введенский ГЕ. Лечебно-реабилитационные аспекты оказания помощи мужчинам с шизофренией и синдромом половой дисфории. Мужское здоровье и долголетие. 6-й Российский научный форум, г. Москва. 19–20 февраля, 2008;144. [Kulich SB, Matevosyan SN, Vvedenskiy GE. Lechebno-reabilitacionnye aspekty okazaniya pomoshchi mujchinam s schizofreniey i sindromom polovoy disforii M. 2008:144. (In Russ.)].
70. Матевосян СН, Введенский ГЕ. Половая дисфория. Москва: Издательство МИА; 2012. [Matevosyan SN, Vvedenskii GE. Polovaya disforiya. Moskva: Izdatel'stvo MIA; 2012. (In Russ.)].
71. Карпов АС. Проблемы организации оказания медицинской помощи лицам с транссексуализмом. *Российский психиатрический журнал*. 2001;(4):13–18. [Karpov AS. Problemy organizacii okazaniya meditsinskoi pomoshchi litsam s transseksualizmom. *Russian journal of psychiatry*. 2001;(4):13–18. (In Russ.)].
72. Андреев АС. О некоторых особенностях функциональной асимметрии мозга при транссексуализме. В кн.: Экстремальное состояние организма, скорая и неотложная медицинская помощь. Ростов-на-Дону; 1985:119–123. [Andreev AS. O nekotoryh osobennostyah funktsional'noy asimmetrii mozga pri transseksualizme. *Rostov-on-Don*; 1985:119–123. (In Russ.)].
73. Геодакян ВА. Асинхронная асимметрия. *Журн. высш. нерв. деятельности*. 1993;43(3):543–561. [Geodakian V.A. Asynchronous asymmetry (sexual and lateral differentiation as a consequence of asynchronous evolution). *I.P. Pavlov Journal of Higher Nervous Activity*. 1993;43(3):543–561. (In Russ.)].
74. Swaab D. Sexual differentiation of the brain and behavior. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2007;21(3):431–444. DOI: 10.1016/j.beem.2007.04.003.
75. Berglund H, Lindstrom P, Dhejne-Helmy C, Savic I. Male-to-Female Transsexuals Show Sex-Atypical Hypothalamus Activation When Smelling Odorous Steroids. *Cerebral Cortex*. 2007;18(8):1900–1908. DOI: 10.1093/cercor/bhm216.
76. Luders E, Sánchez F, Gaser C, et al. Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. *Neuroimage*. 2009;46(4):904–907. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2009.03.048.
77. Meyer-Bahlburg H. From Mental Disorder to Iatrogenic Hypogonadism: Dilemmas in Conceptualizing Gender Identity Variants as Psychiatric Conditions. *Arch. Sex Behav*. 2009;39(2):461–476. DOI: 10.1007/s10508-009-9532-4.
78. Michel A, Mormont C, Legros J. A psychoendocrinological overview of transsexualism. *Eur. J. Endocrinol*. 2001;365–376. DOI: 10.1530/eje.0.1450365.
79. Caldwell C, Keshavan M. Schizophrenia with Secondary Transsexualism. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1991;36(4):300–301. DOI: 10.1177/070674379103600412.
80. Campo J, Nijman H, Evers C, et al. Gender identity disorders as a symptom of psychosis, schizophrenia in particular. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2001;145(39):1876–1880.
81. Gender Identity Disorder as a Rare Manifestation of Schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001;35(4):546–547. DOI: 10.1046/j.1440-1614.2001.0911h.x.
82. Bhargava SC, Sethi S. Transsexualism and schizophrenia: a case report. *Indian Journal of Psychiatry*. 2002;44:177–178.
83. Borrás L, Huguelet P, Eytan A. Delusional «Pseudotranssexualism» in Schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2007;70(2):175–179. DOI: 10.1521/psyc.2007.70.2.175.
84. Baltieri D, De Andrade A. Schizophrenia Modifying the Expression of Gender Identity Disorder. *J. Sex Med*. 2009;6(4):1185–1188. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2007.00655.x.
85. Urban M., Rabe-Jabłońska J. Delusion of sex change and body dysmorphic disorder in clinical picture of paranoid schizophrenia — case reports. *Psychiatria Polska*. 2010;44(5):723–733.
86. Hoshiai M, Matsumoto Y, Sato T, et al. Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Clin. Neurosci*. 2010;64(5):514–519. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2010.02118.x.
87. Burton A, Sjöberg B. The Diagnostic Validity of Human Figure Drawings in Schizophrenia. *J. Psychol*. 1964;57(1):3–18. DOI: 10.1080/00223980.1964.9916666.
88. Ries H, Johnson M, Armstrong H, Holmes D. The Draw-A-Person Test and Process-Reactive Schizophrenia. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*. 1966;30(2):184–186. DOI: 10.1080/0091651x.1966.10120289.
89. McClelland D, Watt N. Sex-Role Alienation in Schizophrenia. *Abnormal Psychology*. 1968;73:226–239.
90. Kayton R, Biller H. Perception of parental sex-role behavior and psychopathology in adult males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1971;36(2):235–237. DOI: 10.1037/h0030746.
91. Miller H, Poey K. An exploratory comparison of sex role-related behaviors in schizophrenics and nonschizophrenics. *Developmental Psychology*. 1969;1(5):629. DOI: 10.1037/h0028003.
92. Gur R, Kohler C, Turetsky B, et al. A sexually dimorphic ratio of orbitofrontal to amygdala volume is altered

- in schizophrenia. *Biol. Psychiatry*. 2004;55(5):512–517. DOI: 10.1016/j.biopsych.2003.10.009.
93. Nopoulos P, Rideout D, Crespo-Facorro B, Andreasen N. Sex differences in the absence of massa intermedia in patients with schizophrenia versus healthy controls. *Schizophr. Res.* 2001;48(2–3):177–185. DOI: 10.1016/S0920-9964(00)00067-0.
94. Mendrek A. Reversal of normal cerebral sexual dimorphism in schizophrenia: Evidence and speculations. *Med. Hypotheses*. 2007;69(4):896–902. DOI: 10.1016/j.mehy.2007.01.064.
95. Mendrek A, Stip E. Sexual dimorphism in schizophrenia: is there a need for gender-based protocols? *Expert Rev. Neurother.* 2011;11(7):951–959. DOI: 10.1586/ern.11.78.
96. Luders E, Sánchez F, Tosun D, et al. Increased Cortical Thickness in Male-to-Female Transsexualism. *J. Behav. Brain Sci.* 2012;02(03):357–362. DOI: 10.4236/jbbs.2012.23040.
97. Schultz C, Koch K, Wagner G, et al. Reduced cortical thickness in first episode schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2010;116(2–3):204–209. DOI: 10.1016/j.schres.2009.11.001.
98. Schultz C, Koch K, Wagner G, et al. Complex pattern of cortical thinning in schizophrenia: Results from an automated surface based analysis of cortical thickness. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2010;182(2):134–140. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.01.008.
99. Sprooten E, Pappmeyer M, Smyth A, et al. Cortical thickness in first-episode schizophrenia patients and individuals at high familial risk: A cross-sectional comparison. *Schizophr. Res.* 2013;151(1–3):259–264. DOI: 10.1016/j.schres.2013.09.024.

Информация об авторе

Попова Галина Анатольевна, младший научный сотрудник, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. ORCID 0000-0002-0778-8764
E-mail: lyanayaa@gmail.com

Information about the author

Galina A. Popova, Junior Researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-0778-8764
E-mail: lyanayaa@gmail.com

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Попова Галина Анатольевна/Galina A. Popova
E-mail: lyanayaa@gmail.com

УДК 616.89; 616-01

Психосоциальная реабилитация и психосоциальное лечение при шизофрении: цели, этапы, оценка эффективности**Psychosocial Rehabilitation and Psychosocial Treatment in Schizophrenia: Goals, Stages, Evaluation of the Effectiveness**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-62-74>Солохина Т.А., Ястребова В.В., Митихин В.Г., Тюменкова Г.В.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РоссияSolokhina T.A., Yastrebova V.V., Mitikhin V.G., Tiumenkova G.V.
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

62

Цель: представить анализ научных публикаций по проблеме психосоциальной реабилитации и психосоциального лечения с акцентом на цели, этапы проведения, эффективность вмешательств и критерии эффективности.

Материал и метод: совокупность отечественных и зарубежных публикаций по проблеме психосоциальной реабилитации и психосоциального лечения за последние два десятилетия.

Результаты: проанализированы цели и этапы психосоциальной реабилитации, представлены результаты оценки эффективности различных видов психосоциального лечения и комплексных реабилитационных программ. Анализ научных публикаций показывает, что мишенями патогенетической психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации больных шизофренией являются нейрокогнитивный дефицит, нарушения социальной когниции, мотивации, эмоциональной сферы, социального функционирования, а также негативная симптоматика, социальная и психологическая уязвимость, семейная дезадаптация. Применение конкретных психосоциальных вмешательств, комплексных реабилитационных программ и модулей способствует снижению частоты рецидивов болезни и числа госпитализаций, уменьшению когнитивных и социально-когнитивных нарушений, повышению социальной компетенции, социального функционирования и качества жизни, что может трансформироваться в более адаптивное социальное функционирование больных шизофренией.

Выводы: программы психосоциальные вмешательства с доказанной эффективностью должны быть внедрены в практическую деятельность и доступны для большинства пациентов, страдающих шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения; психосоциальная реабилитация; психосоциальное лечение; оценка эффективности; критерии эффективности.

Для цитирования: Солохина Т.А., Ястребова В.В., Митихин В.Г., Тюменкова Г.В. Психосоциальная реабилитация и психосоциальное лечение при шизофрении: цели, этапы, оценка эффективности. *Психиатрия*. 2019;17(3):62–74.

Конфликт интересов отсутствует

Purpose: to present an analysis of scientific publications on psychosocial rehabilitation and psychosocial treatment with an emphasis on its targets, stages of implementation, effectiveness of the interventions and criteria of the effectiveness.

Material and method: a set of domestic and foreign publications on the problem of psychosocial rehabilitation and psychosocial treatment over the past two decades.

Results: the goals and stages of psychosocial rehabilitation are analyzed, the results of the evaluation of the effectiveness of different types of psychosocial treatment and comprehensive rehabilitation programs are presented. Analysis of scientific publications shows that the targets of pathogenetic psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation of patients with schizophrenia are neurocognitive deficit, impaired social cognition, motivation, emotional sphere, social functioning, as well as negative symptoms, social and psychological vulnerability, family disadaptation. The use of specific psychosocial interventions, comprehensive rehabilitation programs and modules helps to reduce recurrence of the disease and the number of hospitalizations, reduce cognitive and socio-cognitive impairment, increase social competence, social functioning and quality of life that can transform into more adaptive social functioning in a community of schizophrenic patients.

Conclusion: psychosocial interventions with scientific evidence of effectiveness should be implemented in practical activities and are available to most patients with schizophrenia.

Keywords: schizophrenia; psychosocial rehabilitation; psychosocial treatment; evaluation of the effectiveness; criteria of the effectiveness.

For citation: Solokhina T.A., Yastrebova V.V., Mitikhin V.G., Tiumenkova G.V. Psychosocial Rehabilitation and Psychosocial Treatment in Schizophrenia: Goals, Stages, Evaluation of the Effectiveness. *Psychiatry*. 2019;17(3):62–74.

There is no conflict of interest

зультаты указывают на несомненную эффективность комплексных модулей психосоциальной реабилитации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ зарубежной и отечественной литературы показал, что на современном этапе в практических и научных целях применяются многочисленные психосоциальные и психотерапевтические вмешательства, основой которых служит сочетание различных подходов, способствующих личностно-социальному восстановлению и улучшению положения больных шизофренией в обществе. Для многих программ ПСР и ПСТ получены доказательства эффективности, что обуславливает необходимость их внедрения в практи-

ческую деятельность и в стандарты оказания психиатрической помощи больным шизофренией. ПСР и ПСТ должны быть доступны для большинства пациентов, страдающих шизофренией и членов их семей.

Совершенствование системы ПСР и ПСТ связано с постановкой целей психосоциального лечения в каждом конкретном случае с учетом клинко-психопатологических, личностных, а также социальных изменений в статусе пациентов, обеспечением этапности проведения реабилитационных воздействий, внедрением системы оценки их эффективности, включая разработку информативных и надежных критериев эффективности.

Статья подготовлена в рамках проекта, реализуемого при поддержке Союза охраны психического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Kahn I, Andrews-Hanna JR, Vincent JL, et al. Distinct cortical anatomy linked to subregions of the medial temporal lobe revealed by intrinsic connectivity. *Journal Neurophysiology*. 2008;100(1):129–139. DOI: <https://doi.org/10.1152/jn.00077.2008>.
2. Wible CG, Preus AP, Hashimoto R. A cognitive neuroscience view of schizophrenic symptoms: abnormal activation of a system for social perception and communication. *Brain Imaging Behavior*. 2009;3(1):85–110. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11682-008-9052-1>.
3. Huang MX, Lee RR, Gaa KM, et al. Somatosensory system deficit in schizophrenia revealed by MEG during median-nerve oddball task. *Brain Topography*. 2010;23(1):82–104. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs10548-009-0122-5>.
4. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. Практическое руководство. Под редакцией И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: ИД Медпрактика-М; 2015:420. [Psihosocial'naya i kognitivnaya terapiya i rehabilitaciya psichicheski bol'nyh. Prakticheskoe rukovodstvo. Pod redakciej I.Ya. Gurovicha, A.B. Shmuklera. M.: ID Medpraktika-M; 2015:420. (In Russ.)].
5. Cattaneo L, Rizzolatti G. The Mirror Neuron System. *Arch. Neurol*. 2009;66 (5):557–560. DOI: <https://doi.org/10.1001/archneurol.2009.41>.
6. Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, Fogassi L. Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Brain Research. Cognitive Brain Research*. 1996;3(2):131–141.
7. Catmur C, Walsh V, Heyes C. Sensory-motor learning configures the human mirror system. *Current Biology*. 2007;17:1527–1531. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cub.2007.08.006>.
8. Zubin J, Spring B. Vulnerability — a new view of schizophrenia. *J. Abnorm Psychol*. 1977;86(7):103–126.
9. Коцюбинский АП, Скорик АИ, Аксенова ИО и др. Шизофрения: уязвимость — диатез — стресс — заболевание. СПб.: Гиппократ плюс. 2004: 336. [Kocyubinskij AP, Skorik AI, Aksenova IO i dr. Shizofreniya: uyazvimost' — diatez — stress — zabolevanie. SPb.: Gippokrat plyus. 2004:336. (In Russ.)].
10. Лиманкин ОВ. Актуальные проблемы внедрения реабилитационных технологий в практику психиатрических учреждений. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012;22(3): 99–106. [Limankin OV. Actual problems of the introduction of rehabilitation technologies in the practice of psychiatric institutions. *Social and Clinical Psychiatry*. 2012;22(3): 99–106. (In Russ.)].
11. Незнанов НГ, Акименко МА. Холистический подход В.М. Бехтерева в современной неврологии и психиатрии. *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. 2012;1:3–6. [Neznanov NG, Akimenko MA. Holistic approach V.M. Bekhtereva in modern neurology and psychiatry. *Review of psychiatry and medical psychology*. 2012;1:3–6. (In Russ.)].
12. Anthony WA. Psychiatric rehabilitation. W.A. Anthony, P.B. Nemes. In A.S. Bellack (Ed.). *Schizophrenia: Treatment, management and rehabilitation*. Orlando FL: Grune and Stratton. 1984:375–413.
13. Bogue RL. Use S.M.A.R.T. goals to launch management by objectives plan. TechRepublic, 2005. Available at: <https://www.techrepublic.com/article/use-smart-goals-to-launch-management-by-objectives-plan/>.
14. Исаева ЕР, Мухитова ЮВ. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации: современное состояние проблемы. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017;27(1):89–90. [Isaeva ER, Muhitova YuV. Criteria for evaluating the effectiveness of psychosocial rehabilitation: the current state of the problem. *Social and clinical psychiatry*. 2017;27(1):89–90. (In Russ.)].
15. Wilken JP, Hollander D. Handbook integrale rehabilitatiebenadering. Theorie en praktijk van het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen Amsterdam: SWP. 2018:432.

16. Ларина ОД, Шевцова ЕЕ. Система полипрофессионального взаимодействия специалистов как условие создания единого реабилитационного пространства специализированной службы нейрореабилитации г. Москвы. *Специальное образование*. 2014;4:24–39. [Larina OD, Shevtsova EE. Sistema poliprofessional'nogo vzaimodejstviya spetsialistov kak uslovie sozdaniya edinogo reabilitatsionnogo prostranstva spetsializirovannoj sluzhby nejroreabilitatsii g. Moskvy. *Spetsial'noe obrazovanie*. 2014;4:24–39. (In Russ.)].
17. Kopelowicz A, Liberman RP, Wallae CJ. Psychiatric Rehabilitation for Schizophrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2003;3(2):283–298.
18. Wallace CJ, Lecomte TB, Wilde MS, Liberman RP. CASIG: A consumer-centered assessment for planning individualized treatment and evaluating program outcomes. *Schizophrenia Research*. 2001;50:105–119.
19. Мелехов ДЕ. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. Москва: Медгиз; 1963:198. [Melekhov DE. Klinicheskie osnovy prognoza trudospobnosti pri shizofrenii. Moskva: Medgiz; 1963:198. (In Russ.)].
20. Кабанов ММ. Реабилитация психически больных. 2-е изд., доп. и перераб. Л.: Медицина. 1985:216. [Kabanov MM. Reabilitatsiya psikhicheski bol'nykh. 2-e izd., dop.i pererab. L.: Meditsina. 1985:216. (In Russ.)].
21. Гурович ИЯ, Шмуклер АБ, Сторожакова ЯА. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Мед-практика; 2004:492. [Gurovich IYa, Shmukler AB, Storozhakova YaA. Psikhosotsial'naya terapiya i psikhosotsial'naya reabilitatsiya v psikhiiatrii. M.: Med-praktika; 2004: 492. (In Russ.)].
22. Ястребов ВС, Митихин ВГ, Солохина ТА, Михайлова ИИ. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2008;108(6):4–10. DOI: <http://dx.doi.org/10.17116/jnevro2016116914-12>. [Yastrebov VS, Mitikhin VG, Solokhina TA, Mikhailova II. The system-oriented model of psychosocial rehabilitation. *Journal of Neurology and Psychiatry imeni S.S. Korsakov*. 2008;108(6):4–10. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.17116/jnevro2016116914-12>].
23. Barch DM. The relationships among cognition, motivation and emotion in schizophrenia: How little we know. *Schizophrenia Bulletin*. 2005;31:875–881. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi040>.
24. Bell MD, Tsang HW, Greig TC, Bryson GJ. Neurocognition, social cognition, perceived social discomfort, and vocational outcomes in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2009;35:738–747. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm169>.
25. Bora E, Eryavu A, Kayahan B, et al. Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning. *Psychiatry Research*. 2006;145:95–103. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.11.003>.
26. Brune M. Emotion recognition, «theory of mind», and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2005;133:135–147. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.10.007>.
27. Roder V, Medalia A (Eds.). Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients. Basic Concepts and Treatment. Karger. 2010:61–84.
28. Combs DR, Adams SD, Penn DL, et al. Social cognition and interaction training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings. *Schizophrenia Research*. 2007;91:112–116. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.12.010>.
29. Carter CS. Understanding the glass ceiling for functional outcome in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163:356–358. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.356>.
30. Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia: Is It Effective? *Schizophrenia Bull*. 2006;32(1):81–93. DOI: [10.1093/schbul/sbl021](https://doi.org/10.1093/schbul/sbl021).
31. Wampold BE, Imei ZE. The Great Psychotherapy Debate: The great psychotherapy debate: Models, methods and findings. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, Publishers; 2001: 263.
32. Bitter NA, Roeg DP, van Nieuwenhuizen C, van Weeghel J. Effectiveness of the Comprehensive Approach to Rehabilitation (CARE) methodology: design of a cluster randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2015;15:165. DOI: <https://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0564-0>.
33. Haddock G, Tarrier N, Spaulding W, et al. Individual cognitive-behavioral therapy in the treatment of hallucinations and delusions: A review. *Clin. Psychol. Review*. 1998;18: 821–838.
34. Turkington D, Sensky T, Scott J, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: A five-year follow-up. *Schizophrenia Research*. 2008;98:1. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.026>.
35. Twamley EW, Jeste DV, Bellack AS. A review of cognitive training in schizophrenia. *Schizophr. Bull*. 2003;29:359–382. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007011ers>.
36. Silverstein SM., Wilkniss SM. At issue: The future of cognitive rehabilitation of schizophrenia. *Schizophr. Bull*. 2004;30:679–692. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007122>.
37. Зайцева ЮС. Когнитивная ремедиация при шизофрении. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. Практическое руководство. Под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: Медпрактика-М; 2015:249–270. [Zaytseva YS. Kognitivnaya remediatsiya pri shizofrenii. Psikhosotsial'naya i kognitivnaya terapiya i

- reabilitatsiya psikhicheski bol'nykh. Prakticheskoye rukovodstvo. Pod red. I.Ya. Gurovicha, A.B. Shmuklera. M.: Medpraktika-M; 2015: 249–270. (In Russ.).
38. Nakagami E, Xie B, Hoe M, Brekke JS. Intrinsic motivation, neurocognition and psychosocial functioning in schizophrenia: testing mediator and moderator effects. *Schizophrenia Research*. 2008;105(1–3):95–104. DOI: 10.1016/j.schres.2008.06.015.
 39. Medalia A, Revheim N, Casey M. The remediation of problem-solving skills in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2001;27:259–267. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006872>.
 40. Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007;20:619–625. DOI: <https://doi.org/10.1097/YC0.0b013e3282f0b8ed>.
 41. Палсуев ОО, Мовина ЛГ, Миняйчева МВ. Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014; 24(3):33–36. [Papsuyev OO, Movina LG, Minyaycheva MV. Metacognitive training for patients with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders. *Social and Clinical Psychiatry*. 2014;24(3):33–36. (In Russ.)].
 42. McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, et al. A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(12):1791–1802. DOI: <https://dx.doi.org/10.1176%2Fappi.ajp.2007.07060906>.
 43. Hofer A, Baumgartner S, Bodner T, et al. Patient outcomes in schizophrenia II: The impact of cognition. *Eur. Psychiatry*. 2005;20:395–402. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.02.006>.
 44. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, et al. Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Med*. 2002;32:783.
 45. Холмогорова АБ, Гаранян НГ, Долныкова АА, Шмуклер АБ. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией. Психосоциальная и когнитивная реабилитация психически больных: Практическое руководство под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: Мед-практика-М; 2015:225–249. [Kholmogorova AB, Garanyan NG, Dolnykova AA, Shmukler AB. Programma treninga kognitivnykh i sotsial'nykh navykov (TKSN) u bol'nykh shizofreniej. Psikhosotsial'naya i kognitivnaya reabilitatsiya psikhicheski bol'nykh: Prakticheskoye rukovodstvo pod red. I.Ya. Gurovicha, A.B. Shmuklera. M.: Med-praktika-M; 2015:225–249. (In Russ.)].
 46. Zanello A, Merlo M. Le programme de rehabilitation cognitive et comportementale IPT (Integrated Psychological Treatment) dans un contexte psychiatrique ambulatoire. *Sante Mentale au Quebec*. 2004;29:175–200. DOI: <https://doi.org/10.7202/010836ar>.
 47. Torres A, Mendez LP, Merino H, Moran EA. Improving social functioning in schizophrenia by playing the Train Game. *Psychiatric Services*. 2002;53:799–801. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.7.799>.
 48. Kurtz MM, Richardson CL. Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophr. Bull.* 2012;38(5):1092–1104. DOI: 10.1093/schbul/sbr036.
 49. Гурович ИЯ, Семенова НД. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2007;4:78–85. [Gurovich IYa, Semenova ND. Psychosocial approaches in the practice of treatment and rehabilitation of schizophrenia: current trends. *Social and clinical psychiatry*. 2007;4:78–85. (In Russ.)].
 50. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004;4. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831>.
 51. Miller WR, Rollnik S. Motivational interviewing: preparing people to change. New York: Guilford Press. 3rd ed. 2013:471. DOI: <http://dx.doi.org/10.4236/jep.2014.5402>.
 52. Medalia A, Brekke J. In Search of a Theoretical Structure for Understanding Motivation in Schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2010;36(5):912–918. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq073>.
 53. Семенова НД, Гурович ИЯ. Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014;24(4):31–36. [Semenova ND, Gurovich IYa. A module of motivational enhancement for rehabilitation in schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders patients. *Social and clinical psychiatry. Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2014;24(4):31–36. (In Russ.)].
 54. Kemp R, Hayward G, Everitt B, et al. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ*. 1996;312(7027):345–349. DOI: <https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.312.7027.345>.
 55. Ястребова ВВ, Солохина ТА, Митихин ВГ и др. Приверженность лечению больных шизофренией и разработка мер по её повышению. Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск III. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. СПб.: Изд-во «Таро», 2016: 334–341. [Yastrebova VV, Solokhina TA, Mitikhin VG i dr. Priverzhennost' lecheniyu bol'nykh shizofreniyey i razrabotka mer po yeye povysheniyu. Psikhoterapiya i psikhosotsial'naya rabota v psikiatrii. Vypusk III. Pod red. O.V. Limankina, S.M. Babina. SPb.: Izd-vo «Taro», 2016:334–341. (In Russ.)].
 56. Fallon IRH, Boyd JL, McGill CW, et al. Family management in the prevention of exacerbation

- of schizophrenia: a controlled study. *New England Journal of Medicine*. 1982;306:1437–1440.
57. Glynn M, Cohen N, Dixon L, Niv N. The Potential Impact of the Recovery Movement on Family Interventions for Schizophrenia: Opportunities and Obstacles. *Schizophr. Bull.* 2006;32(3):451–463. DOI: <https://dx.doi.org/10.1093%2Fschbul%2Fsbj066>.
 58. Dyck DG, Short RA, Hendryx MS, et al. Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups. *Psychiatric Services*. 2000;51:513–519. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.4.513>.
 59. Бугорский АВ. Психиатрическое просвещение родственников пациентов, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск IV. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. СПб.: Изд-во «Таро»; 2017:340. [Bugorskiy AV. Psihiatricheskoe prosveshchenie rodstvennikov pacientov, stradayushchih shizofreniej i rasstrojstvami shizofrenicheskogo spektra. Psihoterapiya i psihosocial'naya rabota v psikiatrii. Vypusk IV. Pod red. O.V. Limankina, S.M. Babina. SPb.: Izd-vo «Taro»; 2017:340. (In Russ.)].
 60. Wallace Ch. Community and Interpersonal functioning in the Course of Schizophrenic Disorders. *Schizophr. Bull.* 1984;10(2):233–253.
 61. Рихарц Б, Дворжак М. Милиотерапия (терапия средой) в психиатрии, психотерапии и реабилитации. Пер. с англ. Б. Рихарц, М. Дворжак. Оренбург. 2003:3–5. [Rikharts B, Dvorzhak M. Milioterapiya (terapiya sredoy) v psikiatrii, psikihoterapii i reabilitatsii. Per. s angl. B. Rikharts, M. Dvorzhak. Orenburg. 2003:3–5. (In Russ.)].
 62. Smith TE, Hull JW, MacKain SJ, Wallace CJ. Training hospitalized patients with schizophrenia in community reintegration skills. *Psychiatric Services*. 1996;47:1099–1103.
 63. Berhe T, Puschner B, Kilian R, Becker T. «Home treatment» fur psychische Erkrankungen. *Der Nervenarzt*. 2005;76:822–831. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00115-004-1865-6>.
 64. Копытин АИ. Арт-терапия психических расстройств. СПб.: Речь; 2011:368. [Kopytin AI. Art-terapiya psikhicheskikh rasstrojstv. SPb.: Rech'; 2011:368. (In Russ.)].
 65. Бирюкова ИВ, Киселёва МВ, Солохина ТА. Танцевально-двигательная терапия при шизофрении: технология работы в открытых группах в условиях сообщества: Учебно-методическое пособие. М.: МАКС Пресс. 2016: 44. [Biryukova IV, Kiselyova MV, Solokhina TA. Tantseval'no-dvigatel'naya terapiya pri shizofrenii: tekhnologiya raboty v otkrytykh gruppakh v usloviyakh soobshhestva: Uchebno-metodicheskoe posobie. M.: MAKSS Press. 2016:44. (In Russ.)].
 66. Gold C, Heddal TO, Dahle T, Wigram T. Music therapy for schizophrenia-like illnesses. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005;2. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858>.
 67. Liberman RP, Glynn SM, Blair K, Ross D. In Vivo Amplified Skills Training: Promoting Generalization of Independent Living Skills for Clients with Schizophrenia. *Psychiatry Interpersonal Biological Processes*. 2002;65(2):137–55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/psyc.65.2.137.19931>.
 68. Kopelowicz A, Wallace CJ, Zarate R. Teaching psychiatric patients to re-enter the community: A brief method of improving continuity of care. *Psychiatric Services*. 1998;49:1313–1316.
 69. Савельева ОВ, Петрова НН. Критерии оценки эффективности реабилитации больных параноидной шизофренией в амбулаторной практике. *Практическая медицина*. 2014;2(78): 83–87. [Savel'yeva OV, Petrova NN. Kriterii otsenki effektivnosti reabilitatsii bol'nykh paranoidnoy shizofreniyey v ambulatornoj praktike. *Prakticheskaya meditsina*. 2014;2(78):83–87. (In Russ.)].
 70. Knapp M, Patel A, Curran C, et al. Supported employment: costeffectiveness across six European sites. *World Psychiatry*. 2013;12:60–68. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20017>.
 71. Папсуев ОО, Мовина ЛГ, Семенова НД и др. Комплексный подход к социально-когнитивным вмешательствам при работе с больными шизофренией. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2015;25(1):36–44. [Papsuev OO, Movina LG, Semenova ND i dr. Complex approach to social cognitive interventions in patients with schizophrenia. *Social and clinical psychiatry*. 2015;25(1):36–44. (In Russ.)].
 72. Ястребова ВВ, Солохина ТА. Клинико-социальные и психологические аспекты реабилитационной работы в общественной организации: оценка эффективности. *Психиатрия*. 2018;79(03):52–61. DOI: <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-79-51-60>. [Yastrebova VV, Solokhina TA. Clinical, social and psychological aspects of rehabilitation work in public organization: evaluation of effectiveness. *Psychiatry*. 2018;79(03):51–60. DOI: <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-79-51-60>. (In Russ.)].
 73. Мовина ЛГ, Папсуев ОО, Голланд ЭВ и др. О работе отделения внебольничной психосоциальной реабилитации. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012;22(3):94–98. [Movina LG, Papsouev OO, Golland EV i dr. On the work of outpatient psychosocial rehabilitation centre. *Social and clinical psychiatry*. 2012;22(3):94–98. (In Russ.)].

Информация об авторах

Солохина Татьяна Александровна, доктор медицинских наук, заведующая отделом организации психиатрических служб, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0003-3235-2476

E-mail: tsolokhina@live.ru

Ястребова Валерия Владимировна, кандидат медицинских наук, научный сотрудник, отдел организации психиатрических служб, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0003-1138-0507

E-mail: vvyastrebova@gmail.com

Митихин Вячеслав Георгиевич, кандидат физико-математических наук, ведущий научный сотрудник, отдел организации психиатрических служб, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0002-9502-5395

E-mail: mvg45@mail.ru

Тюменкова Галина Викторовна, кандидат медицинских наук, научный сотрудник, отдел организации психиатрических служб, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0003-1567-2814

E-mail: tiumenkova@mail.ru

Information about the authors

Tatyana A. Solokhina, Dr. of Sci. (Med.), Head of Department, Department of Mental Health Services, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0003-3235-2476

E-mail: tsolokhina@live.ru

Valeriya V. Yastrebova, PhD, MD, Cand. of Sci. (Med.), Researcher, Department of Mental Health Services, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0003-1138-0507

E-mail: vvyastrebova@gmail.com

Vyacheslav G. Mitikhin, Cand. of Sci. (Physic. and Mathema.), Leading Researcher, Department of Mental Health Services, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-9502-5395

E-mail: mvg45@mail.ru

Galina V. Tiumenkova, PhD, MD, Cand. of Sci. (Med.), Researcher, Department of Mental Health Services, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0003-1567-2814

E-mail: tiumenkova@mail.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Солохина Татьяна Александровна/Tatyana A. Solokhina

E-mail: tsolokhina@live.ru

Дата поступления 20.08.2019

Date of receipt 20.08.2019

Дата принятия 10.09.2019

Accepted for publication 10.09.2019

УДК 616.89-008.43; 616.8-009.2

Неврологические нежелательные явления антипсихотической терапии**Antipsychotic-Induced Neurological Adverse Events**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-75-86>Черкасов Н.С., Шешенин В.С., Савина М.А.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РоссияCherkasov N.S., Sheshenin V.S., Savina M.A.
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

75

Цель работы: предоставить данные научной литературы за последнее десятилетие, касающиеся распространённости, клиники и лечения неврологических нежелательных явлений антипсихотической терапии.

Материал и методы: по ключевым словам «неврологические нежелательные явления», «дискинезия», «антипсихотики» отобраны и проанализированы публикации за последние десять лет, найденные в базах данных Scopus, PubMed, Cochrane Library.

Результаты: представлены результаты изучения частоты этих расстройств, рассмотрены подходы к диагностике и лечению нежелательных явлений антипсихотиков, факторы риска и клинические особенности лекарственного паркинсонизма, дистонии и поздней дискинезии. Приведены гипотезы их возникновения, описаны методы лечения.

Выводы: более точное диагностическое разграничение разновидностей неврологических нежелательных эффектов антипсихотической терапии и учет факторов риска их развития позволит снизить вероятность их возникновения и повысить эффективность терапии.

Ключевые слова: неврологические нежелательные явления; двигательные осложнения; поздняя дискинезия; лекарственный паркинсонизм; антипсихотики.

Для цитирования: Черкасов Н.С., Шешенин В.С., Савина М.А. Неврологические нежелательные явления антипсихотической терапии. *Психиатрия*. 2019;17(3):75–86.

Конфликт интересов отсутствует

Aim of study: analyze recent publications, related to the incidence, clinical signs and treatment of antipsychotic-induced movement disorders.

Material and methods: articles published in the last 10 years were searched in Scopus, Pubmed and Cochrane Library using following keywords: neurological side-effects, dyskinesia, antipsychotics.

Results: current review summarizes the data on epidemiology, diagnosis, and treatment of neurological complications of antipsychotics were found. Provides information on risk factors and clinical features of parkinsonism, dystonia and tardive dyskinesia, as well as possible treatment options.

Conclusion: early differential diagnosis of neurological complications and taking into account risk factors will reduce frequency and increase compliance.

Keywords: neurological adverse events; movement disorders; tardive dyskinesia; drug parkinsonism; antipsychotics.

For citation: Cherkasov N.S., Sheshenin V.S., Savina M.A. Antipsychotic-Induced Neurological Adverse Events. *Psychiatry*. 2019;17(3):75–86.

There is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

Неврологические нежелательные явления при проведении антипсихотической терапии, такие как ранние и поздние формы дискинезии, лекарственный паркинсонизм, довольно часто встречаются в клинической практике. Ранние осложнения возникают в течение первых дней и часов после приема антипсихотиков, а поздние — спустя месяцы или годы после начала приема психотропных средств. Механизм возникновения этих расстройств достаточно сложен и до сих

пор до конца не изучен. Они имеют схожие внешние проявления с психическими расстройствами, что затрудняет их своевременную диагностику: нередко трудно отличить лекарственную акатизию от тревоги или кататонию от злокачественного нейролептического синдрома. Истинную причину двигательных нарушений не всегда удается проследить — они могут быть как нежелательным результатом лечения, так и признаком прогрессирования психического расстройства. В некоторых случаях двигательные расстройства не прекращаются даже после отмены препарата.

несоблюдение режима приема антипсихотиков и схем отмены этих препаратов. Одним из основных факторов риска развития побочных явлений является неоправданно длительный курс лечения антипсихотиками без учета динамики состояния пациента. Рост числа больных с такими факторами риска, как полиморбидность, полипрагмазия, наличие предшествующих расстройств психотического регистра, пожилой возраст, органическая патология головного мозга, играет определенную роль в развитии как ранних, так и поздних осложнений антипсихотической терапии.

Несмотря на большое количество исследований, посвященных патогенезу и патоморфологии неврологических осложнений у психиатрических пациентов за последние десятилетия, отсутствует общепринятый взгляд на этиологию и патогенез происходящих нарушений. Рассматривается множество гипотез: о роли дисбаланса в нейромедиаторных системах мозга, влиянии окислительного стресса на метаболизм клеток в головном мозге, феномене эксайтотоксичности, расстройстве чувствительности рецепторов.

Анализ результатов проведенных исследований показал, что часть авторов считает недостаточно научно обоснованным применение целых групп препаратов, используемых в качестве корректоров неврологических осложнений (витамины, антиоксиданты, холинэстеразы, β -блокаторы и др.) [13, 32, 44]. Разнородность и малый масштаб выборки, недооценка важных клинических проявлений, особенности диагностического подхода — это причины, по которым возникают трудности при сопоставлении результатов исследований. Отмечено крайне ограниченное количество исследований, касающихся распространенности, клиники и методов лечения экстрапирамидных нарушений у па-

циентов пожилого возраста. Полиморфизм внешних проявлений неврологических осложнений вызывает определенные трудности в правильной квалификации состояния у клиницистов: вызвана ли симптоматика прогрессирующим течением основного расстройства (например, шизофрении) или она является следствием уже сформированного побочного действия лекарств. В первом случае необходимо либо увеличивать дозировку антипсихотика, либо переходить на другой препарат этой группы, во втором — отменить вызвавший осложнения препарат и добавить в схему корректоры. Определенные сложности возникают при выборе тактики лечения больных с сочетанными экстрапирамидными нарушениями — поздней дискинезией и паркинсонизмом, когда применение нейролептиков усиливает проявления паркинсонизма, а назначение противопаркинсонических средств может привести к усугублению дискинезии. В таких ситуациях требуется персонализированный подход, заключающийся в коррекции тех состояний, которые доставляют наибольшие страдания пациенту.

Разработка и появление новых препаратов для лечения неврологических осложнений психофармакотерапии свидетельствует об актуальности этой проблемы во всем мире. Преодоление фармакорезистентности — одно из основных направлений исследований в этой области. Перспективными являются применение в диагностике двигательных расстройств методов нейровизуализации и терапевтического лекарственного мониторинга антипсихотиков. Это позволит в будущем с большей результативностью прогнозировать и дифференцировать состояния, протекающие с экстрапирамидной симптоматикой, подбирать индивидуальную схему лечения.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Schonecker M. Paroxysmal dyskinesia as the effect of megaphen. *Nervenarzt*. 1957;28(12):550–553. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13517450>.
- Faurbye A, Rasch P-J, Petersen PB, et al. Neurological Symptoms in Pharmacotherapy of Psychoses. *Acta Psychiatr. Scand*. 1964;40(1):10–27. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1964.tb05731.x>.
- Woerner MG, Alvir JM, Saltz BL, et al. Prospective study of tardive dyskinesia in the elderly: rates and risk factors. *Am. J. Psychiatry*. 1998;155(11):1521–1528. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.11.1521>.
- Glazer WM, Morgenstern H, Doucette JT. Predicting the long-term risk of tardive dyskinesia in outpatients maintained on neuroleptic medications. *J. Clin. Psychiatry*. 1993;54(4):133–139. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8098030>.
- Chakos MH, Alvir JM, Woerner MG, et al. Incidence and correlates of tardive dyskinesia in first episode of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1996;53(4):313–319. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830040049009>.
- Correll CU, Schenk EM. Tardive dyskinesia and new antipsychotics. *Curr. Opin. Psychiatry*. 2008;21(2):151–156. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f53132>.
- Woods SW, Morgenstern H, Saks JR, et al. Incidence of tardive dyskinesia with atypical versus conventional antipsychotic medications: a prospective cohort study. *J. Clin. Psychiatry*. 2010;71(4):463–474. <https://doi.org/10.4088/JCP.07m03890yel>.
- Tenback DE, van Harten PN, Slooff CJ, van Os J. Incidence and persistence of tardive dyskinesia and extrapyramidal symptoms in schizophrenia. *J. Psychopharmacol*. 2010;24(7):1031–1035. <https://doi.org/10.1177/0269881109106306>.
- de Leon J. The effect of atypical versus typical antipsychotics on tardive dyskinesia: a naturalistic study. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*. 2007;257(3):169–172. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0705-z>.
- Woerner MG, Correll CU, Alvir JM, et al. Incidence of Tardive Dyskinesia with Risperidone or

- Olanzapine in the Elderly: Results from a 2-Year, Prospective Study in Antipsychotic-Naïve Patients. *Neuropsychopharmacology*. 2011;36(8):1738–1746. <https://doi.org/10.1038/npp.2011.55>.
11. Youssef HA, Waddington JL. Morbidity and mortality in tardive dyskinesia: associations in chronic schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 1987;75(1):74–77. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1987.tb02754.x>.
 12. Ballesteros J, González-Pinto A, Bulbena A. Tardive dyskinesia associated with higher mortality in psychiatric patients: Results of a meta-analysis of seven independent studies. *J. Clin. Psychopharmacol.* 2000;20(2):188–194. <https://doi.org/10.1097/00004714-200004000-00011>.
 13. Skidmore F, Reich SG. Tardive dystonia. *Current Treatment Options in Neurology*. 2005;7(3):231–236. DOI:10.1007/s11940-005-0016-0.
 14. Solmi M, Pigato G, Kane JM, Correll CU. Clinical risk factors for the development of tardive dyskinesia. *J. Neurol. Sci.* 2018;389:21–27. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2018.02.012>.
 15. Jr HK, Ilahi MM, Shenker D. Theoretical Implications of the Use of L-Dopa in Parkinsonism. *Acta Neurol. Scand.* 1970;46(4–5):409–441. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.1970.tb05804.x>.
 16. Z. L, X.L. S. Etiological characteristics and treatment of tardive dyskinesia. *Neural Regen. Res.* 2006;1(6):549–552. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed10&NEWS=N&AN=351606435>.
 17. Vaddadi K, Hakansson K, Clifford J, Waddington J. Tardive dyskinesia and essential fatty acids. *Int. Rev. Psychiatry*. 2006;18(2):133–143. <https://doi.org/10.1080/09540260600583114>.
 18. Lohr JB, Kuczenski R, Niculescu AB. Oxidative mechanisms and tardive dyskinesia. *CNS Drugs*. 2003;17(1):47–62. <https://doi.org/10.2165/00023210-200317010-00004>.
 19. Elkashef AM, Wyatt RJ. Tardive dyskinesia: Possible involvement of free radicals and treatment with vitamin E. *Schizophr. Bull.* 1999;25(4):731–740. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033414>.
 20. Bishnoi M, Chopra K, Kulkarni SK. Possible anti-oxidant and neuroprotective mechanisms of zolpidem in attenuating typical anti-psychotic-induced orofacial dyskinesia-A biochemical and neurochemical study. *Prog. Neuro-Psychopharmacology Biol. Psychiatry*. 2007;31(5):1130–1138. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2007.04.007>.
 21. Gunne LM, Andrén PE. An Animal Model for Coexisting Tardive Dyskinesia and Tardive Parkinsonism. *Clin. Neuropharmacol.* 1993;16(1):90–95. <https://doi.org/10.1097/00002826-199302000-00012>.
 22. Kulkari SK, Naidu PS. Pathophysiology and drug therapy of tardive dyskinesia: Current concepts and future perspectives. *Drugs of Today*. 2003;39(1):19–49. <https://doi.org/10.1358/dot.2003.39.1.799430>.
 23. Левин ОС. Лекарственные дискинезии. *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. 2014;3:4–13. [Levin OS. Lekarstvennye diskinezii. *Sovremennaya terapiya v psikiatrii i nevrologii*. 2014;3:4–13. (In Russ.)].
 24. Mendhekar DN, Duggal HS. Clozapine-induced tardive dyskinesia and hypothyroidism. *J Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2006;18(2):245–246. <https://doi.org/10.1176/jnp.2006.18.2.245>.
 25. Duggal HS, Mendhekar DN. Clozapine-induced tardive dystonia (blepharospasm). *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2007;19(1):86–87. <https://doi.org/10.1176/jnp.2007.19.1.86>.
 26. Molho ES, Factor SA. Possible tardive dystonia resulting from clozapine therapy. *Mov. Disord.* 1999;14(5):873–874. [https://doi.org/10.1002/1531-8257\(199909\)14:5<873::AID-MDS1027>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1531-8257(199909)14:5<873::AID-MDS1027>3.0.CO;2-U).
 27. Frei K, Truong DD, Fahn S, et al. The nosology of tardive syndromes. *J. Neurol. Sci.* 2018;389:10–16. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2018.02.008>.
 28. Тиганов АС, Снежневский АВ, Орловская ДД. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Том 1. Под ред. Тиганова АС. Москва: Медицина; 2012. [Tiganov AS, Snezhnevskii AV, Orlovskaya DD. Rukovodstvo po psikiatrii. V 2 tomakh. Tom 1. Pod red. Tiganova AS. Moskva: Meditsina; 2012. (In Russ.)].
 29. Ryu S, Yoo JH, Kim JH, et al. Tardive Dyskinesia and Tardive Dystonia With Second-Generation Antipsychotics in Non-Elderly Schizophrenic Patients Unexposed to First-Generation Antipsychotics. *J. Clin. Psychopharmacol.* 2015;35(1):13–21. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000250>.
 30. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению шизофрении. Российское общество психиатров. 2013. Доступно по: <http://psychiatr.ru/download/1271?view=1&name=Огранические+псих+расстр+проект+клин+рекоменд+ноябрь+13.pdf>. (Ссылка активна на 16.09.18). [Federal'nye klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu shizofrenii. Rossiiskoe Obshchestvo Psikiatrov. 2013. (In Russ.). Available at: <http://psychiatr.ru/download/1271?view=1&name=Огранические+псих+расстр+проект+клин+рекоменд+ноябрь+13.pdf>. (Accessed 16.09.18)].
 31. Bergman H, Soares-Weiser K. Anticholinergic medication for antipsychotic-induced tardive dyskinesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000204.pub2>.
 32. Pappa S, Tsouli S, Apostolou G, et al. Effects of amantadine on tardive dyskinesia: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Clin. Neuropharmacol.* 2010;33(6):271–275. <https://doi.org/10.1097/WNF.0b013e3181ffde32>.
 33. Ветохина ТН, Федорова НВ, Воронина ЕФ. Клинические проявления и течение нейролептической поздней дискинезии. *Психиатрия*. 2006;3(21):47–

54. [Vetokhina TN, Fedorova NV, Voronina EF. Clinical manifestations and course of neuroleptic tardive dyskinesia. *Psychiatry*. 2006;3(21):47–54. (In Russ.)].
34. Vestal RE, Kornhauser DM, Hollifield JW, Shand DG. Inhibition of propranolol metabolism by chlorpromazine. *Clin. Pharmacol. Ther.* 1979;25(1):19–24. <https://doi.org/10.1002/cpt197925119>.
35. Silver JM, Yudofsky SC, Kogan M, Katz BL. Elevation of thioridazine plasma levels by propranolol. *Am. J. Psychiatry*. 1986;143(10):1290–1292. <https://doi.org/10.1176/ajp.143.10.1290>.
36. García-Santos G, Herrera F, Martín V, et al. Antioxidant activity and neuroprotective effects of zolpidem and several synthesis intermediates. *Free Radic. Res.* 2004;38(12):1289–1299. <https://doi.org/10.1080/10715760400017343>.
37. Bishnoi M, Chopra K, Kulkarni SK. Possible anti-oxidant and neuroprotective mechanisms of zolpidem in attenuating typical anti-psychotic-induced orofacial dyskinesia — A biochemical and neurochemical study. *Prog. Neuro-Psychopharmacology Biol. Psychiatry*. 2007;31(5):1130–1138. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2007.04.007>.
38. Alabed S, Latifeh Y, Mohammad HA, Bergman H. Gamma-aminobutyric acid agonists for antipsychotic-induced tardive dyskinesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;4:CD000203. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000203.pub4>.
39. Richardson MA, Bevans ML, Weber JB, et al. Branched chain amino acids decrease tardive dyskinesia symptoms. *Psychopharmacology (Berl)*. 1999;143(4):358–364. <https://doi.org/10.1007/s002130050959>.
40. Richardson MA, Small AM, Read LL, et al. Branched chain amino acid treatment of tardive dyskinesia in children and adolescents. *J. Clin. Psychiatry*. 2004;65(1):92–96. <https://doi.org/10.4088/JCP.v65n0116>.
41. Richardson MA, Bevans ML, Read LL, et al. Efficacy of the branched-chain amino acids in the treatment of tardive dyskinesia in men. *Am. J. Psychiatry*. 2003;160(6):1117–1124. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1117>.
42. Waln O, Jankovic J. An Update on Tardive Dyskinesia: From Phenomenology to Treatment. *Tremor and Other Hyperkinetic Movements* 2013;3:1–11. <https://doi.org/10.7916/D88P5Z71>.
43. Vijayakumar D, Jankovic J. Drug-Induced Dyskinesia, Part 1: Treatment of Levodopa-Induced Dyskinesia. *Drugs*. 2016;76(7):759–777. <https://doi.org/10.1007/s40265-016-0566-3>.
44. Zhang L, Chopp M, Meier DH, et al. Sonic hedgehog signaling pathway mediates cerebrolysin-improved neurological function after stroke. *Stroke*. 2013;44(7):1965–1972. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.000831>.
45. Zhang C, Chopp M, Cui Y, et al. Cerebrolysin enhances neurogenesis in the ischemic brain and improves functional outcome after stroke. *J. Neurosci. Res.* 2010;88(15):3275–3281. <https://doi.org/10.1002/jnr.22495>.
46. Концевой ВА, Медведев АВ, Андрусенко МП и др. Использование церебролизина для лечения тяжелых экстрапирамидных осложнений. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1997;97(6):39–44. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11517474>. [Kontsevoi VA, Medvedev AV, Andrusenko MP et al. Use of cerebrolysin in the treatment of prolonged extrapyramidal complications of neuroleptic therapy. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1997;97(6):39–44. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11517474>. (In Russ.)].
47. Malykh AG, Sadaie MR. Piracetam and piracetam-like drugs: from basic science to novel clinical applications to CNS disorders. *Drugs*. 2010;70(3):287–312. <https://doi.org/10.2165/11319230-000000000-00000>.
48. Libov I, Miodownik C, Bersudsky Y, et al. Efficacy of piracetam in the treatment of tardive dyskinesia in schizophrenic patients: A randomized, double-blind, placebo-controlled crossover study. *J. Clin. Psychiatry*. 2007;68(7):1031–1037. <https://doi.org/10.4088/JCP.v68n0709>.
49. Miyaoka T, Furuya M, Yasuda H, et al. Yi-gan san for the treatment of neuroleptic-induced tardive dyskinesia: an open-label study. *Prog. Neuropsychopharmacol Biol. Psychiatry*. 2008;32(3):761–764. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2007.12.003>.
50. Doo A-R, Kim S-N, Park J-Y, et al. Neuroprotective effects of an herbal medicine, Yi-Gan San on MPP⁺/MPTP-induced cytotoxicity in vitro and in vivo. *J. Ethnopharmacol.* 2010;131(2):433–442. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2010.07.008>.
51. Zhang W-F, Tan Y-L, Zhang X-Y, et al. Extract of Ginkgo biloba Treatment for Tardive Dyskinesia in Schizophrenia: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *J. Clin. Psychiatry*. 2010; 72(5):615–621. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05125yel>.
52. Viswanathan M, Siow YL, Paulose CS, Dakshinamurti K. Pineal indoleamine metabolism in pyridoxine-deficient rats. *Brain Res.* 1988;473(1):37–42. [https://doi.org/10.1016/0006-8993\(88\)90312-5](https://doi.org/10.1016/0006-8993(88)90312-5).
53. Lerner V, Miodownik C, Kaptsan A, et al. Vitamin B(6) in the treatment of tardive dyskinesia: a double-blind, placebo-controlled, crossover study. *Am. J. Psychiatry*. 2001;158(9):1511–1514. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1511>.
54. Guay DRP. Tetrabenazine, a monoamine-depleting drug used in the treatment of hyperkinetic movement disorders. *Am. J. Geriatr. Pharmacother.* 2010;8(4):331–373. <https://doi.org/10.1016/j.amjopharm.2010.08.006>.
55. Rana AQ, Chaudry ZM, Blanchet PJ. New and emerging treatments for symptomatic tardive dyskinesia. *Drug. Des. Devel. Ther.* 2013;7:1329–1340. <https://doi.org/10.2147/DDDT.S32328>.

56. Cloud LJ, Zutshi D, Factor SA. Tardive dyskinesia: therapeutic options for an increasingly common disorder. *Neurotherapeutics*. 2014;11(1):166–176. <https://doi.org/10.1007/s13311-013-0222-5>.
57. Hauser RA, Factor SA, Marder SR, et al. KINECT 3: A Phase 3 Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Valbenazine for Tardive Dyskinesia. *Am. J. Psychiatry*. 2017;174(5):476–484. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16091037>.
58. Citrome L. Deutetrabenazine for tardive dyskinesia: A systematic review of the efficacy and safety profile for this newly approved novel medication—What is the number needed to treat, number needed to harm and likelihood to be helped or harmed? *Int. J. Clin. Pract.* 2017;71(11):e13030. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13030>.

Информация об авторах

Черкасов Никита Сергеевич, ординатор, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0002-0464-9080

E-mail: nikita.cherkasov@hotmail.com

Шешенин Владимир Сергеевич, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник, отдел гериатрической психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0003-3992-115X

E-mail: vlash2003@mail.ru

Савина Мария Александровна, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник, отдел гериатрической психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0002-0086-5704

E-mail: maria_savina@mail.ru

Information about the authors

Nikita S. Cherkasov, Clinical Resident, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-0464-9080

E-mail: nikita.cherkasov@hotmail.com

Vladimir S. Sheshenin, PhD, MD, Cand. of Sci. (Med.), Leading Researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0003-3992-115X

E-mail: vlash2003@mail.ru

Maria A. Savina, PhD, MD, Dr. of Sci. (Med.), Leading Researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-0086-5704

E-mail: maria_savina@mail.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Шешенин Владимир Сергеевич/Vladimir S. Sheshenin

E-mail: vlash2003@mail.ru

УДК 616.89; 616.895.4; 616.892.3; 616.89-008

Депрессивные расстройства в позднем возрасте: особенности клиники и течения**Depressive Disorders in Old Age: Clinical Features and Course**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-87-97>**Сафарова Т.П.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Safarova T.P.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia



Цель: представить обзор современных отечественных и зарубежных исследований, освещающих проблему депрессий позднего возраста: их распространенность, особенности клиники, течения и исходов.

Материал и методы: с помощью ключевых слов «депрессивные состояния», «поздний возраст» проводился поиск научных статей в базах данных MEDLINE, PUBMED, а также среди других библиографических источников.

Результаты и выводы: распространенность депрессивных расстройств в позднем возрасте неуклонно растет в связи с общим старением популяции. Сохраняются расхождения в представлениях об особенностях психопатологических проявлений, основных тенденциях течения и исходов депрессивных расстройств в позднем возрасте. В последние годы актуализировалось изучение когнитивных дисфункций в структуре депрессивных эпизодов и неполных ремиссий в позднем возрасте в связи с риском исхода заболевания в когнитивное снижение и деменцию. До сих пор не полностью разработана проблема терапии поздних депрессий, связанная с повышенным риском развития нежелательных явлений, медленным развитием терапевтического ответа, высокой частотой рецидивирования и «неполных» выходов из депрессии.

Заключение: клинические особенности и особенности патогенеза поздних депрессий определяют необходимость дальнейшей научной разработки персонализированных подходов к терапии и профилактике рецидивов депрессивных расстройств у современного контингента больных позднего возраста.

Ключевые слова: депрессивное расстройство; поздний возраст; психопатология; течение; обзор литературы.

Для цитирования: Сафарова Т.П. Депрессивные расстройства в позднем возрасте: особенности клиники и течения. *Психиатрия*. 2019;17(3):87–97.

Конфликт интересов отсутствует

Objective: to provide an overview of domestic and foreign contemporary studies concerning the problem of old age depression: their prevalence, clinical features, course and outcomes.

Material and methods: the keywords «depressive states», «late age» were used to search for scientific articles in the MEDLINE, PUBMED databases, as well as among other bibliographic sources.

Results and conclusions: the prevalence of depressive disorders at a later age is steadily increasing due to the general aging of the population. Discrepancies in ideas about the characteristics of psychopathological manifestations, main trends in the course and outcomes of depressive disorders at a later age persist. In recent years, the study of cognitive dysfunctions in the structure of depressive episodes and incomplete remissions in late age has been actualized due to the risk of the outcome of the disease in cognitive decline and dementia. The problem of the treatment of late depressions is still not fully developed, which is associated with an increased risk of developing adverse events, a slow development of a therapeutic response, a high recurrence rate and «incomplete» exits from depression.

Conclusion: the clinical and pathogenesis features of late depressions determine the need for further scientific development of personalized approaches to the treatment and prevention of relapse of depressive disorders in the current contingent of late age patients.

Keywords: depressive disorder; old age; psychopathology; course; review.

For citation: Safarova T.P. Depressive disorders in old age: clinical features and course. *Psychiatry*. 2019;17(3):87–97.

There is no conflict of interest

вариабельность многочисленных факторов старения (органического, когнитивного, выраженность коморбидной соматической патологии, изменения фармакокинетики и фармакодинамики и др.), по-разному выраженных у отдельных больных, приводит к значительной гетерогенности гериатрических депрессий и трудностям сопоставления результатов исследований [72].

Одним из возможных путей преодоления этих проблем может стать разработка персонализированного мультидисциплинарного подхода к диагностики депрессивных расстройств с выделением биологических маркеров поздних депрессий, предикторов терапевтического ответа и подбор на этом основании индивидуальных терапевтических стратегий.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Angst J, Marneros A. Bipolarity from Ancient to Modern Times: Conception, Birth and Rebirth. *J. Affect. Disord.* 2001;67:3–19. DOI: 10.1016/S0165-0327(01)00429-31.
2. Mason BL, Brown ES, Croarkin PE. Historical Underpinnings of Bipolar Disorder Diagnostic Criteria. *Behav. Sci.* 2016;6(3):14. DOI: 10.3390/bs6030014.
3. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ. СПб.: АДИС, 1994. [The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10). Mental and behavioural disorders. WHO. SPb.: ADIS, 1994. (In Russ.)].
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-V). Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
5. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med.* 2013;10(11):e1001547. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001547.
6. Baldwin R, Wild R. Management of depression in later life. *Advances in psychiatric treatment.* 2004;10(2):131–139. <https://doi.org/10.1192/apt.10.2.131>.
7. Kok RM, Reynolds CF 3rd. Management of depression in older adults: A review. *JAMA.* 2017;20:2114–2122. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.57062>.
8. Alamo C, Lopez-Munoz F, Garcia-Garcia P. Treatment of depression in elderly: the challenge to success. *Int. J. Clin. Psychiatry Ment. Health.* 2014;2:77–88.
9. Alamo C, Lopez-Munoz F, Garcia-Garcia P. Risk-benefit analysis of antidepressant drug treatment in the elderly. *Psychogeriatrics.* 2014;14:261–268.
10. Kessler R, Bromet E. The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Ann. Rev. Public Health.* 2013;34(1):119–138. doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409.
11. Гаврилова СИ, Калын ЯБ. Социально-средовые факторы и состояние психического здоровья пожилого населения (клинико-эпидемиологическое исследование). *Вестник РАМН.* 2002;9:15–20. [Gavrilova SI, Kalyn JaB. Social'no-sredovye faktory i sostojanie psichicheskogo zdorov'ja pozhilogo naselenija (kliniko-jepidemiologicheskoe issledovanie). *Vestnik RAMN.* 2002;9:15–20. (In Russ.)].
12. Kleisariis C, Maniou M, Papathanasiou I, et al. The prevalence of depressive symptoms in an elderly population and their relation to life situations in home care. *Health Science J.* 2013;7(4):417–423.
13. Blazer D. Depression in late life: review and commentary. *J. Gerontology.* 2003;3:249–265. https://doi.org/10.1007/978-3-662-40455-3_6.
14. World Health Organization. Mental health and older adults. 2013.
15. Шахматов НФ. Психическое старение: счастливое и болезненное. М.: Медицина; 1996. [Shakhmatov NF. Psichicheskoe starenie: schastlivoe i boleznennoe. M.: Meditsina; 1996. (In Russ.)].
16. Пятницкий АН. К вопросу о возрастных закономерностях депрессий позднего возраста. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 1986;86(4):537–541. [Pyatnitskii AN. To the question of age-related patterns of late depression. *Zhurnal nevropatologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova.* 1986;86(4):537–541. (In Russ.)].
17. Шумский НГ, Морозова ТН. К клинике инволюционной меланхолии (катамнестическое изучение). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 1967;67(4):554–559. [Shumsky NG, Morozova TN. To the clinic of involutinal melancholy (follow-up study). *Zhurnal nevrologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova.* 1967;67(4):554–559. (In Russ.)].
18. Рохлина МЛ. Некоторые особенности течения и клиники МДП в позднем возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 1965;64(4):567–575. [Rohlina ML. Nekotorye osobennosti techeniya i kliniki MDP v pozdnem vozraste. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova.* 1965;64(4):567–575. (In Russ.)].
19. Вертоградова ОП, Войцех ВФ, Краснов ВН и др. Возрастные особенности депрессии второй половины жизни. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 1986;86(9):1380–1384. [Vertogradova OP, Voicekh VF, Krasnov VN i dr. Age features of depression of the second half of life. *Zhurnal nevropatologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova.* 1986;86(9):1380–1384. (In Russ.)].
20. Alexopoulos GS, Borson S, Cuthbert BN, et al. Assessment of late life depression. *Biol. Psychiatry.* 2002;52(3):164–174.
21. Ефименко ВЛ. Депрессии в пожилом возрасте. Л.: Медицина; 1975:184. Efimenko VL. Depression in old age. L.: Meditsina; 1975:184. (In Russ.)].

22. Штернберг ЭЯ, Рохлина МЛ. Депрессии. 1971:41–52. [Shternberg EYa., Rohlina ML. Depressii. 1971:41–52. (In Russ.)].
23. Murphy CF, Gunning-Dixon FM, Hoptman MJ, Lim KO. White-matter integrity predicts stroop performance in patients with geriatric depression. *Biol. Psychiatry*. 2007;61(8):1007–1010.
24. Alexopoulos GS, Kiosses D.N., Heo M., et al. Executive dysfunction and the course of geriatric depression. *Biol. Psychiatry*. 2005;58:204–210. doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.04.024.
25. Morimoto SS, Gunning FM, Murphy CF, et al. Executive function and short-term remission of geriatric depression: the role of semantic strategy. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2011;19:115–122.
26. Kiosses DN, Alexopoulos GS. IADL functions, cognitive deficits, and severity of depression: a preliminary study. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2005;13:244–249.
27. Morimoto SS, Kanellopoulos D, Manning KJ, Alexopoulos GS. Diagnosis and Treatment of Depression and Cognitive Impairment in Late-Life. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 2015;1345(1):36–46. doi:10.1111/nyas.12669.
28. Alexopoulos GS, Gunning FM, Latoussakis V, et al. Anterior cingulate dysfunction in geriatric depression. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2008;23:347–355.
29. Pimontel M, Rindskopf D, Rutherford B, Brown P. A Meta-analysis of executive dysfunction and antidepressant treatment response in late-life depression. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2016;24(1):31–41. doi:10.1016/j.jagp.2015.05.010.
30. Яковлева ОБ. Когнитивные нарушения в структуре эндогенных депрессий позднего возраста. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1995;95(5):62–68. [Yakovleva OB. Kognitivnye narusheniya v strukture endogennyh depressij pozdnego vozrasta. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1995;95(5):62–68. (In Russ.)].
31. Alexopoulos GS, Meyers B, Young R, et al. The course of geriatric depression with reversible dementia: A controlled study. *Am. J. Psychiat*. 1993;(150):1693–1699.
32. Петрова НН, Круглов ЛС, Пчеловодова КА. Клинические характеристики депрессии позднего возраста и показатели когнитивного функционирования у пациентов с формирующейся коморбидной деменцией. *Вестник Санкт-Петербургского университета*. 2015;11(2):59–66. [Petrova NN, Kruglov LS, Pchelovodova KA. Clinical characteristics of late depression and indicators of cognitive functioning in patients with emerging comorbid dementia. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta*. 2015;11(2):59–66. (In Russ.)].
33. Круглов ЛС, Кумов МС, Молодцова НЮ, Голощапова ИА. Результаты терапии сосудистой депрессии в позднем возрасте и динамика мозгового нейротрофического фактора при ее проведении. *Психиатрия*. 2017;76:20–26. [Kruglov LS, Kumov MS, Molodtsova NYu, Goloshchapova IA. The results of the therapy of vascular depression at a late age and the dynamics of the cerebral neurotrophic factor during its implementation. *Psychiatry*. 2017;(76):20–26. (In Russ.)].
34. Alexopoulos GS, Murphy CF, Gunning-Dixon FM, et al. Microstructural White Matter Abnormalities and Remission of Geriatric Depression. *Am. J. Psychiatry*. 2008;165(2):238–244. doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07050744.
35. Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *Am. J. of Psychiatry*. 2005;162:1588–1601. doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1588.
36. Papakostas GI, Culpepper L. Understanding and managing cognition in the depressed patient. *J. Clin. Psychiatry*. 2015;76(4):418–425.
37. Evans VC, Iverson GL, Yatham LN, Lam RW. The relationship between neurocognitive and psychosocial functioning in major depressive disorder: a systematic review. *J. Clin. Psychiatry*. 2014;75(12):1359–1378.
38. Смудевич НА. Реактивные депрессии позднего возраста, их типология, течение и исходы в сравнительно-возрастном аспекте. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1989;89(4):76–82. [Smulevich NA. Reactive depressions of late age, their typology, course and outcomes in a comparatively age-related aspect. *Zhurnal nevropatologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1989;89(4):76–82. (In Russ.)].
39. Незнанов НГ, Захарченко ДВ, Залуцкая НМ. Клинико-динамическая характеристика рекуррентных депрессивных расстройств в позднем возрасте (к проблеме психосоматических соотношений). *Психические расстройства в общей медицине*. 2013;01:4–9. [Neznanov NG, Zaharchenko DV, Zaluцкая NM. Kliniko-dinamicheskaya harakteristika rekurrentnyh depressivnyh rasstrojstv v pozdnem vozraste (k probleme psihosomaticheskikh sootno-shenij). *Psihicheskie rasstrojstva v obshchej medicine*. 2013;01:4–9. (In Russ.)].
40. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289:3095–3105.
41. Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *Am. J. of Psychiatry*. 2005;162:1588–1601. DOI: 10.1097/JGP.0b013e3181b0fa13.
42. Cuijpers P, Smit F. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *J. of Affective Disorders*. 2002;72:227–236.
43. Shah A, Bhat R, McKenzie S, Koen C. Elderly suicide rates: cross-national comparisons and association

- with sex and elderly age-bands. *Med. Sci. Law.* 2007;47:244–252.
44. Conwell Y. Suicide in later life: a review and recommendations for prevention. *Suicide and Life Threatening Behavior.* 2001;31:32–47.
 45. Anke Bonnewyn, Ajit Shah, Koen Demyttenaere. Suicidality and suicide in older people. *Reviews in Clinical Gerontology.* 2009;19:271–294. doi.org/10.1017/S0959259809990347.
 46. Краснов ВА. Расстройства аффективного спектра. М.; 2011;432. [Krasnov VA. Rasstrojstva affektivnogo spektra. M.; 2011:432. (In Russ.)].
 47. Gunn JM, Ayton DR, Densley K, et al. The association between chronic illness, multimorbidity and depressive symptoms in an Australian primary care cohort. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2012;47(2):84–175.
 48. Смуглевич АБ. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство; 2015:640. [Smulevich AB. Depression with somatic and mental illness. M.: Medical Information Agency; 2015:640. (In Russ.)].
 49. Палеев НР, Краснов ВН. Взаимосвязь психосоматики и соматопсихиатрии в современной медицине. *Клиническая медицина.* 2009;12:4–7. [Paleev NR, Krasnov VN. The relationship of psychosomatics and somatopsychiatry in modern medicine. *Clinical medicine.* 2009;12:4–7. (In Russ.)].
 50. Paykel ES, Brugha T, Fryers T. Масштабы и бремя депрессивных расстройств в Европе (расширенный реферат обзора). *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2006;8(3):40–43. [Paykel ES, Brugha T, Fryers T. Masshtaby i bremya depressivnyh rasstrojstv v Evrope (rasshirennij referat obzora). *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya.* 2006;8(3):40–43. (In Russ.)].
 51. Katona C, Livingston G. How well do antidepressants work in older people? A systematic review of Number Needed to Treat. *Journal of Affective Disorders.* 2002;69(1–3):47–52.
 52. Raymond W. Depression. Chapter 2. Epidemiology and burden. Second Edition. Oxford Psychiatry Library; 2012:168.
 53. Михайлова НМ. Пограничные (непсихотические) психические расстройства. Глава 4. В кн.: Руководство по гериатрической психиатрии под ред. проф. С.И. Гавриловой. М.: Пульс, 2011: 250–290. [Mikhailova NM. Borderline (non-psychotic) disorders in Elderly. In: Textbook of Geriatric Psychiatry. Chapter 4. Ed. by prof. S.I. Gavrilova. M.: Pul's, 2011:250–290. (In Russ.)].
 54. Кольхалов ИВ. Поведенческие и психопатологические симптомы при болезни Альцгеймера: эпидемиологические, психопатологические и нейробиологические аспекты. *Психиатрия.* 2015;3:85–94. [Kolykhalov IV. Behavioral and psychopathological symptoms in Alzheimer's disease: epidemiological, psychopathological and neurobiological aspects. *Psychiatry.* 2015;85–94. (In Russ.)].
 55. Janszky I, Ahnve S, Lundberg I, Hemmingsson T. Early-onset depression, anxiety, and risk of subsequent coronary heart disease: 37-year follow-up of 49,321 young Swedish men. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2010;56:31–37.
 56. Janszky I, Ahlbom A, Hallqvist J, Ahnve S. Hospitalization for depression is associated with an increased risk for myocardial infarction not explained by lifestyle, lipids, coagulation, and inflammation: the SHEEP Study. *Biol. Psychiatry.* 2007;62(1):25–32.
 57. Петрова ЕА, Концевой ВА, Савина МА и др. Депрессивные расстройства у больных с церебральным инсультом. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2009;109(2):4–9. [Petrova EA, Kontseva VA, Savina MA i dr. Depressive disorders in patients with cerebral stroke. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2009;109(2):4–9. (In Russ.)].
 58. Schmitz N, Garipey G, Smith KJ. Recurrent subthreshold depression in type 2 diabetes: an important risk factor for poor health outcomes. *Diabetes Care.* 2014;37:970–978.
 59. Weckmann M. Psychiatric care at the ends of life; hospice and palliative medicine. In: Psychosomatic Medicine. An introduction to consultation-liason psychiatry. Eds. J. Amos, R.G. Robinson. 2010;226–234.
 60. Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *Am. J. of Psychiatry.* 2005;162:1588–1601. DOI: 10.1097/JGP.0b013e3181b0fa13.
 61. Mulsant BH, Houck PR, Gildengers AG, et al. What is the optimal duration of a short-term antidepressant trial when treating geriatric depression? *J. Clin. Psychopharmacol.* 2006;26(2):113–120.
 62. Reynolds CF 3rd, Dew MA, Pollock BG. Maintenance treatment of major depression in old age. *N. Engl. J. Med.* 2006;354(11):1130–1138.
 63. Tew JD, Mulsant BH, Houck PR, et al. Impact of prior treatment exposure on response to antidepressant treatment in late life. *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2006;14(11):957–965.
 64. Яковлева ОБ, Федоров ВВ, Ряховский ВВ. Исходы депрессий в позднем возрасте. *Психиатрия.* 2011;02(50):5–12. [Yakovleva OB, Fedorov VV, Ryakhovskiy VV. Outcomes of depression at a later age. *Psychiatry.* 2011;02(50):5–12. (In Russ.)].
 65. Корнилов ВВ. Роль патологической реакции горя в развитии деменции позднего возраста. *Психиатрия.* 2018;1(77):5–15. [Kornilov VV. The role of the pathological reaction of grief in the development of late-stage dementia. *Psychiatry.* 2018;1(77):5–15. (In Russ.)].
 66. Tedeschi E, Levkovitz Y, Iovieno N, et al. Efficacy of antidepressants for late-life depression: a meta-analysis and meta-regression of placebo-controlled randomized trials. *Clin. Psychiatry.* 2011;72(12):1660–1668. DOI: 10.4088/JCP.10r0653166.

67. Сафарова ТП, Шешенин ВС, Федоров ВВ. Эффективность психофармакотерапии у больных геронтопсихиатрического стационара с функциональными психическими расстройствами. *Психиатрия*. 2013;57(1):24–33. [Safarova TP, Sheshenin VS, Fedorov VV. The effectiveness of psychopharmacotherapy in patients with a gerontopsychiatric hospital with functional mental disorders. *Psychiatry*. 2013;57(1):24–33. (In Russ.)].
68. Bonnie S. Wiese Geriatric depression: The use of antidepressants in the elderly. *BCM J*. 2011;53(7):341–347. DOI: 10.1186/s12916-017-0849-x.
69. Fernandes BS, Williams LM, Steiner J, et al. The new field of «precision psychiatry». *BMC Med*. 2017;15(1):80.
70. Voegeli G, Cléry-Melin ML, Ramoz N, Gorwood P. Progress in elucidating biomarkers of antidepressant pharmacological treatment response: a systematic review and meta-analysis of the last 15 years. *Drugs*. 2017;77(18):1967–1986. DOI: 10.1007/s40265-017-0819-9.
71. Uher R, Tansey KE, Dew T, et al. An inflammatory biomarker as a differential predictor of outcome of depression treatment with escitalopram and nortriptyline. *Am. J. Psychiatry*. 2014;171(12):1278–1286. DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.14010094.
72. Masse-Sibille C, Djamila B, Julie G, et al. Predictors of Response and Remission to Antidepressants in Geriatric Depression: A Systematic Review. *J. Geriatric Psychiatry and Neurology*. 2018;31(6):283–302. DOI: 10.1177/0891988718807099.

Информация об авторе

Сафарова Татьяна Петровна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0002-3509-1622

E-mail: saftatiana@mail.ru

Information about the author

Tatyana P. Safarova, PhD, MD, Cand. of Sci. (Med.), Leading Researcher, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-3509-1622

E-mail: saftatiana@mail.ru

Для корреспонденции/Corresponding author

Сафарова Татьяна Петровна/Tatyana P. Safarova

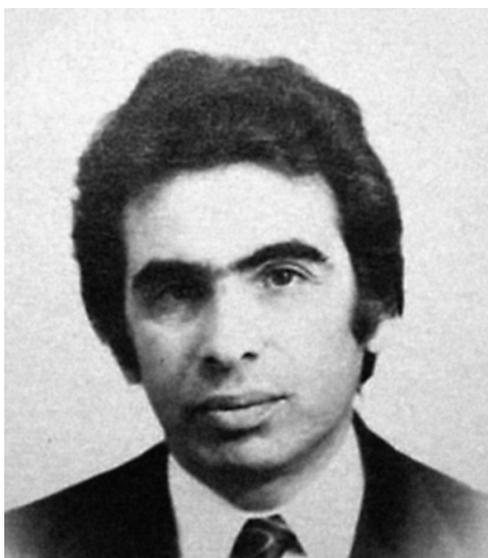
E-mail: saftatiana@mail.ru

Дата поступления 20.08.2019

Date of receipt 20.08.2019

Дата принятия 10.09.2019

Accepted for publication 10.09.2019

Юлий Иосифович Либерман (29.02.1932–15.07.2019)**Julyi Iosifovich Liberman (29.02.1932–15.07.2019)**

15 июля 2019 года ушел из жизни ученый, имя которого неразрывно связано с историей эпидемиологических исследований в психиатрии.

После окончания 2-го МГМИ (1955) и клинической ординатуры по психиатрии (1958) 26-летний Юлий Либерман поступил на работу в Институт психиатрии АМН СССР. Уже через год группа исследователей в составе Ю.И. Либермана, М.Е. Вартаняна, Э.Ф. Казанца и В.А. Файвишевского получила премию молодых ученых за эпидемиологическое исследование распространенности психических расстройств в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы. Эта работа на многие годы определила интерес Ю.И. Либермана к эпидемиологическим исследованиям в психиатрии, а также легла в основу его кандидатской диссертации, в которой существование эндоформных травматических психозов в отдаленном периоде ЧМТ подверглось сомнению на весьма остроумном основании: их распространенность оказалась точно такой же, как распространенность шизофрении в населении. Для

«посттравматических» психозов просто не осталось места. В 1964 г. Ю.И. Либерман защитил кандидатскую диссертацию «Роль закрытой черепно-мозговой травмы мирного времени (эпидемиологическое исследование)», в 1971 г. — докторскую диссертацию «Материалы клинико-статистического изучения популяции больных шизофренией (демографические данные и характер течения болезни)», в которой установил частоту и закономерности смены синдромов при этом заболевании. После того как А.В. Снежневский возглавил институт, Ю.И. Либерман не только остался на работе (нужно заметить, что таких было не так уж много), ему удалось настолько заинтересовать Снежневского эпидемиологическими исследованиями, что в 1966 году в институте был организован отдел эпидемиологии, который, претерпев ряд видоизменений, работает до сегодняшнего дня. С 1965 г. по 1988 г. Юлий Иосифович работал в должности старшего научного сотрудника отделения эпидемиологии, с 1988 г. по 1990 г. был ведущим научным сотрудником отдела организации психиатрических служб.

Ю.И. Либерман был одним из основных разработчиков методики эпидемиологических исследований в психиатрии. Ему принадлежит идея описания течения болезни в виде цепочки формализованных синдромов, он же участвовал в составлении перечня психопатологических синдромов и стандартизованного описания каждого из них. Эта работа легла в основу многочисленных «Глоссариев стандартизованных синдромов», первый из которых появился в машинописном варианте в 1966 г., а последний — в 1990 г. (в соавторстве с А.К. Ануфриевым и В.Г. Остроглазовым).

Масштабные эпидемиологические исследования психических расстройств продолжались много лет. За эти годы удалось собрать не утрачивающий огромной ценности материал, насчитывающий более 7000 наблюдений и охватывающий всех больных эндогенными

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ!

Редакция журнала принимает на рассмотрение оригинальные статьи, систематические обзоры научной литературы и данных метаанализа.

Порядок представления статьи в редакцию журнала

1. Сопроводительное письмо на публикацию статьи, обзора (иного материала) содержит:

- обращение к главному редактору журнала профессору Т.П. Ключник с предложением рассмотреть статью/обзор для публикации в журнале;
- перечень авторов и название статьи/обзора;
- подпись руководителя направляющего учреждения (или автора при обращении в редакцию по личной инициативе).

Сопроводительное письмо должно содержать:

- утверждение о том, что материал не был ранее опубликован и не рассматривается к публикации в других изданиях, а в случае принятия материала к публикации статья не будет опубликована где-либо еще в той или иной форме, на английском или любом другом языке, в том числе в электронном виде, без письменного на то согласия владельца авторских прав;
- согласие всех авторов и организаций, в которых эта работа проводилась, на публикацию материалов исследования.

Авторы могут указать фамилии потенциальных рецензентов, не желательных вследствие конфликта интересов.

2. Правила оформления статьи (материала) для публикации:

- указать тематическую рубрику (код УДК);
- название статьи должно быть краткое, но информативное, по возможности без аббревиатур;
- должны быть перечислены фамилии и инициалы всех авторов и их аффилиация (полное, без сокращений название учреждений по принадлежности авторов); если в написании рукописи принимали участие авторы из разных учреждений, необходимо соотнести названия учреждений и ФИО авторов путем добавления цифровых индексов в верхнем регистре перед названиями учреждений и фамилиями соответствующих авторов;
- аннотация на русском языке объемом 200–250 слов должна быть структурирована на разделы (Обоснование, Цель работы, Материал (в клиническом исследовании Пациенты) и методы, Результаты и Выводы); в обзоре литературы Введение и Выводы не приводятся;
- ключевые слова (пять-восемь), разделенные между собой точкой с запятой, необходимы для индексирования статьи в поисковых системах;
- все метаданные статьи (название, авторы, аффилиация, аннотация и ключевые слова) должны быть на русском и английском языке с точным правописанием всех названий, фамилий и имен.

Англоязычная версия резюме статьи должна по смыслу и структуре полностью соответствовать русскоязычной и быть грамотной с точки зрения английского языка. Для заглавий статьи на английском языке следует применять стиль написания строчно-прописными буквами.

3. Общий объем статьи не должен превышать 10–12 страниц машинописного текста, обзора — 22–25 стра-

ниц. Текст должен быть напечатан шрифтом Times New Roman, иметь размер 12 pt и межстрочный интервал 1,0 pt, отступы с каждой стороны страницы 2 см. Выделения в тексте можно проводить ТОЛЬКО курсивом или полужирным начертанием букв, но НЕ подчеркиванием. Страницы рукописи должны быть пронумерованы. Используемая аббревиатура расшифровывается в начале статьи и приводится в дальнейшем без расшифровки. В случае, когда превышающий нормативы объем статьи, по мнению автора, оправдан и не может быть уменьшен, решение о публикации принимается на заседании редколлегии по рекомендации рецензента.

4. Текст статьи должен иметь определенную структуру и включать «Введение» с обоснованием актуальности исследования и краткими сведениями о данных литературы по теме исследования, «Цель исследования», «Материал и методы (Пациенты и Методы)», «Результаты и их обсуждение» и «Заключение» (Выводы). Научные обзоры могут не содержать «Введение» и «Заключение». Содержание статьи должно отвечать ходу научного процесса. Бывает оправданным введение подразделов и подзаголовков. Раздел «Материал и методы» обычно структурируют на подразделы. Как правило, это:

- план (дизайн) исследования;
- этическая экспертиза;
- критерии включения/не включения;
- условия проведения и продолжительность исследования;
- описание методов обследования или медицинского вмешательства и регистрации данных;
- результаты исследования и их анализ в подгруппах;
- статистический анализ.

Указываются виды оборудования и их производители, так же как названия химических и лекарственных средств, обязательно с указанием МНН, наряду с чем возможно обозначение торговой марки препарата. В случае проведения генетических и молекулярно-биологических исследований следует обязательно указывать название всех генов, аллелей, полиморфизмов, а также последовательности праймеров и способы экстракции ДНК (при выполнении ПЦР).

В подразделе «**Статистический анализ**» необходимо подробно описать использованные методы статистической обработки данных, по возможности представить результаты с соответствующими показателями измерения ошибки или неопределенности (например, доверительный интервал, ДИ), не полагаясь только на статистическую проверку гипотез (p), использовать только общепринятые статистические термины и аббревиатуры.

В разделе «**Результаты**» исследования в тексте, таблицах и рисунках должны быть представлены в логической последовательности основные либо наиболее важные полученные данные. Не следует дублировать все данные таблиц и рисунков в тексте. В качестве альтернативы чересчур объемным таблицам можно использовать графики (но не дублировать таблицы графиками!). Результаты исследований и наблюдений должны быть представлены в единицах Международной системы (СИ). Химические формулы, дозы визируются автором на полях. Данные лучше приводить в абсолютном и процентном (в скобках) выражении с указанием уровня статистической значимости p (до третьего знака после запятой), если таковой имеется.

Таблицы следует помещать в текст статьи, они должны иметь нумерованный заголовок и четко обозначенные графы, удобные и понятные для чтения. Данные таблицы должны соответствовать цифрам в тексте. Ссылки на таблицы в тексте обязательны.

Рисунки должны быть контрастными и четкими. Число иллюстраций не должно превышать пяти. Требование к фотографии: размер 400 × 300 px (400 пикселей высота, 300 пикселей ширина), формат: jpg, jpeg, размер файла: 20–50 kb, разрешение: 72 dpi. Математические формулы следует представлять как редактируемый текст, а не в виде изображений. Каждый рисунок должен быть помещен в текст и сопровождаться нумерованной подрисункочной подписью. Ссылки на рисунки в тексте обязательны.

В подписях под таблицами и рисунками раскрываются все «легенды» и условные обозначения. При воспроизведении иллюстраций и таблиц из работ других авторов должно быть получено письменное разрешение последних. Названия рисунков и таблиц (с названием отдельных граф) должны быть переведены на английский язык.

Сноски не должны быть избыточными, они должны иметь последовательную нумерацию по всему тексту.

Разделы **«Обсуждение»** и **«Заключение»** для оригинальной статьи должны содержать обобщение полученных данных и обсуждение основного результата исследования, а также связь этих результатов с заявленной целью исследования наряду с признанием ограничения исследования.

Раздел **«Конфликт интересов»** заполняется при **наличии финансирования**. После завершения текста статьи авторам необходимо указать источник(и) финансирования исследования, используя шаблон: «Исследование выполнено при финансовой поддержке (финансовом обеспечении) ...». Следует указать участие спонсоров в определении дизайна исследования, анализе данных и интерпретации полученных результатов, а также в решении опубликовать их в журнальной статье.

Отсутствие дополнительного финансирования следует подтвердить заявлением об отсутствии финансовой поддержки исследования/конфликта интересов. Авторы представляют в редакцию заполненную анкету о конфликте интересов, в которой все авторы публикуемого материала дают ответы на поставленные вопросы (см. представленную ниже форму). Утвердительный ответ предполагает предоставления конкретной информации.

Название рукописи (статьи) _____
Автор: _____

1. Получали ли Вы или Ваши родственники материальное вознаграждение, включая гонорары за выступления, консультации, подарки, оплату поездок и средств исследования, от организации, учреждения или компании, для которых данная публикация может представить финансовую заинтересованность? (Да/Нет)
2. Работают ли Ваши близкие родственники в интересах организации, учреждения или компании, на которых финансово может отразиться Ваша публикация? (Да/Нет)
3. Состоят ли Ваши близкие родственники в руководстве организации, учреждения или компании, на которых финансово может отразиться Ваша публикация? (Да/Нет)
4. Есть ли у Вас близкие родственники — держатели акций, имеющие инвестиции или иные финансовые интересы (за исключением паевых инвестиционных фондов) в организации, учреждении или компании, на которых финансово может отразиться Ваша публикация? (Да/Нет)
5. Могут ли результаты этой публикации прямо или косвенно повлиять на Ваше вознаграждение? (Да/Нет)

6. Имеются ли другие потенциальные конфликты или существующие противоречия в интересах, которые необходимо знать редакции? (Да/Нет)

Раздел **«Информированное согласие»**. Запрещается публиковать любую информацию, позволяющую идентифицировать больного (указывать его имя, инициалы, номера историй болезни на фотографиях и при составлении письменных описаний и родословных), за исключением тех случаев, когда она представляет большую научную ценность, а больной (его родители или опекуны) дал на это информированное письменное согласие. О получении согласия следует сообщать в публикуемой статье.

Раздел **«Соблюдение прав человека и животных»**. Необходимо указывать, соответствовало ли проведение исследования Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренному варианту 2000 г. и этическим стандартам Локального Этического Комитета, входящего в состав учреждения, в котором выполнялась работа, или регионального. При описании экспериментов на животных следует указать, соответствовало ли содержание и использование лабораторных животных правилам, принятым в учреждении, рекомендациям национального совета по исследованиям, национальным законам.

В разделе **«Выражение признательности»** авторы имеют возможность выразить слова благодарности тем, чей вклад в исследование недостаточен для признания их соавторами, но вместе с тем считается авторами значимым (консультации, техническая помощь, переводы и пр.).

Правила составления пристатейного списка литературы

Рекомендуемое число источников в списке составляет 15–20 для оригинальных статей, 60 — для обзоров литературы. Авторы должны корректно ссылаться на первоисточники, поскольку несут полную ответственность за точность данных, приведенных в списке использованной литературы. Авторы не должны копировать ссылки на литературные источники из других публикаций, если они не читали указанные работы.

Пристатейный список должен содержать предпочтительно оригинальные статьи, посвященные обсуждаемой проблеме. Не следует ссылаться на диссертационные исследования, авторефераты диссертационных исследований, учебники, учебные пособия, справочники, сборники статей и тезисов. Библиографические ссылки должны быть пронумерованы, в тексте рукописи они указываются арабскими цифрами в квадратных скобках. В списке все работы перечисляются в порядке цитирования, а НЕ в алфавитном порядке. Каждый источник следует помещать с **новой** строки под порядковым номером.

В библиографическом описании каждого источника должны быть представлены ВСЕ АВТОРЫ. Недопустимо сокращать название статьи. Название англоязычных журналов следует приводить в соответствии с каталогом названий базы данных MedLine. Если журнал не индексируется в MedLine, необходимо указывать его полное название.

Названия отечественных журналов на русском и английском языке следует приводить в соответствии с наименованиями, указанными на официальном сайте издания. При отсутствии английского названия отечественного журнала приводится его транслитерация. Оригинальное название журнала и в транслитерации выделяются курсивом.

При ссылке на журнальные статьи следует использовать следующий формат записи: Автор АА, Соавтор ББ (соавторы).

Название статьи. Название журнала (курсивом). Год;Том(Номер):стр.–стр. Обязательно указывать [https:// doi](https://doi.org/) цитируемого источника, при отсутствии doi следует привести адрес сайта его размещения и сроков доступности.

Пример: Шипилова Е.С. Клинические особенности биполярного аффективного расстройства у госпитализированных больных позднего возраста. *Психиатрия*. 2019;17(2):6–15. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-2-6-15>

Shipilova E.S. Clinical Features of Bipolar Disorder in Elderly In-Patients. *Psychiatry*. 2019;17(2):6–15. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-2-6-15>

Для транслитерации библиографических ссылок в соответствии со стандартом BGN можно воспользоваться ссылкой: <http://ru.translit.ru/?account=bgn>. Название русскоязычного журнала дается в транслитерации или в английской версии при ее наличии. Если нет англоязычных метаданных в цитируемых статьях, необходимо переводить заглавие статьи на английский язык (парафразом); фамилии авторов приводить в транслитерации. Русскоязычное название журналов необходимо транслитерировать: исключение составляют журналы, которые рекомендуют для цитирования (For citation) и используют в журнале (и в МНБД) параллельное англоязычное название. В конце библиографического написания дается указание на язык статьи (In Russ.). Если цитируемая статья имеет doi, необходимо указывать его. Если цитируемый источник не имеет doi, но размещен в сети Интернет, следует включить в описание URL его местонахождения.

Пример: Петрова НН, Пилевина ЮВ. Психические расстройства и комплаенс больных с хронической сердечной недостаточностью. *Психические расстройства в общей медицине*. 2012;3:26–31.

Petrova NN, Pilevina YuV. Mental disorders and compliance of patients with chronic heart failure. *Psikhicheskie rasstroistva v obschei medicine*. 2012;3:26–31. (In Russ.).

Сведения об авторах размещаются на последней странице на русском («Информация об авторах») и английском языке (Information about the authors) с указанием для всех авторов фамилии и полного имени, ученой степени, ученого звания, места работы, названия города, страны, адреса электронной почты, ORCID. Данные об авторе на английском языке начинаются с его имени.

Пример: Аааа В. Сссссс.

Сведения об авторе, ответственном за переписку, выделяются словами Автор для корреспонденции/Corresponding author, содержат фамилию и имя автора, адрес электронной почты, телефонные номера (с кодом города и страны).

Статьи, поступившие в редакцию, проходят обязательное слепое рецензирование. Редколлегия оставляет за собой право сокращения полученных материалов, научного и литературного редактирования. Материал для публикации подвергается проверке в системе Антиплагиат.

Статьи публикуются на бесплатной основе.

Электронная версия материала для публикации отсылается в редакцию по адресу: psychiatry@medbook.ru, в бумажной версии предоставляется в одном экземпляре с подписями всех авторов, указанием автора для корреспонденции, визой руководителя по адресу: г. Москва, Каширское шоссе, дом 34. ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», редакция журнала «Психиатрия». Контактные телефоны: +7 (495) 109-03-97.