

Психиатрия

Психиатрия (Москва): научно-практический журнал

*L.I. Abramova***Главный редактор****Т.П. Ключник**, профессор, д. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
E-mail: ncpz@ncpz.ru**Зам. гл. редактора****Н.М. Михайлова**, д. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
E-mail: mikhaylovannm@yandex.ru**Отв. секретарь****Л.И. Абрамова**, д. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
E-mail: L_Abramova@rambler.ru**Редакционная коллегия**

Н.А. Бохан, академик РАН, проф., д. м. н., ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАН (Томск, Россия)
О.С. Брусов, к. б. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
С.И. Гаврилова, проф., д. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
С.Н. Ениклопов, к. п. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
О.С. Зайцев, д. м. н., НИИ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко РАН (Москва, Россия)
М.В. Иванов, проф., д. м. н., ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ (Санкт-Петербург, Россия)
А.Ф. Изнак, проф., д. б. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
В.В. Калинин, проф., д. м. н., ФГБУ «ФМИЦПН» МЗ РФ (Москва, Россия)
Д.И. Кича, проф., д. м. н., медицинский институт РУДН (Москва, Россия)
Г.И. Копейко, к. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
Г.П. Костюк, проф., д. м. н., «Психиатрическая клиническая больница № 1 имени Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» (Москва, Россия)
Н.А. Мазеева, проф., д. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
Е.В. Макушкин, проф., д. м. н., ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва, Россия)
Е.В. Малинина, проф., д. м. н., Южно-Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ (Челябинск, Россия)
М.А. Морозова, д. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
Н.Г. Незнанов, проф., д. м. н., «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ (Санкт-Петербург, Россия)
Г.П. Пантелеева, проф., д. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
М.А. Самушия, проф., д. м. н., «Центральная государственная медицинская академия» (Москва, Россия)
А.П. Сиденкова, д. м. н., Уральский государственный медицинский университет МЗ (Екатеринбург, Россия)
Н.В. Симашкова, д. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
А.Б. Смулевич, академик РАН, проф., д. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
Т.А. Солохина, д. м. н., «Научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
В.К. Шамрей, проф., д. м. н., Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург, Россия)
К.К. Яхин, проф., д. м. н., Казанский государственный медицинский университет (Казань, Респ. Татарстан, Россия)
Иностранные члены
Н.А. Алиев, проф., д. м. н., Азербайджанский медицинский университет (Баку, Азербайджан)
А.Ю. Клинцева, проф., к. б. н., Университет штата Делавэр (Делавэр, США)
В. Мачюлис, д. м. н., Республиканская вильнюсская психиатрическая больница (Вильнюс, Литва)
О.А. Скугаревский, проф., д. м. н., Белорусский государственный медицинский университет (Минск, Беларусь)
А.А. Шюркете, к. м. н., Вильнюсский университет (Вильнюс, Литва)

Editor-in-Chief**T.P. Klyushnik**, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "The Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)
E-mail: ncpz@ncpz.ru**Deputy Editor-in-Chief****N.M. Mikhaylova**, Dr. of Sci. (Med.), "The Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)
E-mail: mikhaylovannm@yandex.ru**Executive Secretary****L.I. Abramova**, Dr. of Sci. (Med.), "The Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)
E-mail: L_Abramova@rambler.ru**Editorial Board**

N.A. Bokhan, Academician of RAS, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "The Scientific Research Institute of Mental Health" (Toms, Russia)
O.S. Brusov, Cand. of Sci. (Biol.), "The Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)
S.I. Gavrilova, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "The Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)
S.N. Enikolopov, Cand. of Sci. (Psychol.), "The Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)
O.S. Zaitsev, Dr. of Sci. (Med.), "National Medical Research Center for Neurosurgery named after Academician N.N. Burdenko" (Moscow, Russia)
M.V. Ivanov, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "Bekhterev St. Petersburg Psychoneurological Research Institute" (St. Petersburg, Russia)
A.F. Iznaik, Prof., Dr. of Sci. (Biol.), "The Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)
V.V. Kalinin, Prof., Dr. of Sci. (Med.), Moscow Scientific Research Institute of Psychiatry (Moscow, Russia)
D.I. Kicha, Prof., Dr. of Sci. (Med.), Medical Institute of Peoples' Friendship University of Russia (Moscow, Russia)
G.I. Kopeyko, Cand. of Sci. (Med.), "The Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)
G.P. Kostyuk, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "N.A. Alekseev Mental Clinical Hospital № 1 of Department of Health Protection of Moscow" (Moscow, Russia)
N.A. Masayeva, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "The Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)
E.V. Makushkin, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "V.P. Serbskiy Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology" (Moscow, Russia)
E.V. Malinina, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "South-Ural State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the RF (Chelyabinsk, Russia)
M.A. Morozova, Dr. of Sci. (Med.), "The Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)
N.G. Neznanov, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "Bekhterev St. Petersburg Psychoneurological Research Institute" (St. Petersburg, Russia)
G.P. Panтелеeva, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "The Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)
M.A. Samushiya, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "Central State Medical Academy" (Moscow, Russia)
A.P. Sidenkova, Dr. of Sci. (Med.), "Ural State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the RF (Ekaterinburg, Russia)
N.V. Simashkova, Dr. of Sci. (Med.), "The Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)
A.B. Smulevich, Academician of RAS, Prof., Dr. of Sci. (Med.), "The Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)
T.A. Solokhina, Dr. of Sci. (Med.), "The Mental Health Research Centre" (Moscow, Russia)
V.K. Shamrey, Prof., Dr. of Sci. (Med.), Kirov Army Medical Academy (St. Petersburg, Russia)
K.K. Yakhin, Prof., Dr. of Sci. (Med.), Kazan' State Medical University, Chairman of Tatarstan Republic Society of Psychiatrists (Tatarstan Rep., Russia)
Foreign Members of Editorial Board
N.A. Aliyev, Prof., Dr. of Sci. (Med.), Azerbaijan Medical University (Baku, Azerbaijan)
A.Yu. Klintsova, Prof., Cand. of Sci. (Biol.), Delaware State University (Delaware, USA)
V. Matchulis, Dr. of Sci. (Med.), Republican Vilnius Mental Hospital, Vilnius University (Vilnius, Lithuania)
O.A. Skugarevsky, Prof., Dr. of Sci. (Med.), Byelorussian State Medical University (Minsk, Byelorussia)
A.A. Shurkute, Cand. of Sci. (Med.), Vilnius University (Vilnius, Lithuania)

Psychiatry (Moscow): scientific and practical journal
Psikhiatriya (Moskva): nauchnyj i prakticheskij zhurnal

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. Chereshkova

Project head 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 2020

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.

Психиатрия (Москва): 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

Руководитель 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 2020 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 31.12.2020

Формат 60×90/8

Бумага мелованная



contents



Psychopathology, Clinical and Biological Psychiatry

- Clinical Experience of Using Paroxetine While Treating Elderly Depressed Patients**
Sheshenin V.S., Ryakhovsky V.V. 6
- The Syndrome of Possession with Religious Content in Schizophrenia: Clinical Typology and Prognosis**
Samsonov I.S., Kopeyko G.I., Borisova O.A., Gedevari E.V., Kaleda V.G. 15
- Clinical and Psychopathological Patterns of Schizophrenia with Juvenile Onset at the Stage of Long-Term Follow-Up**
Golubev S.A. 25
- Depression in Parkinson's Disease: Aspects of the Psychopathological Structure and Nosological Qualification**
Niinoja I.N.V., Romanov D.V., Makhmudova G.Zh., Nodel M.R. 38
- Juvenile Attack-Like Endogenous Psychosis with Religious Delusion: Psychopathology and Clinical Features**
Romanenko N.V., Popovich U.O. 49
- Psychopathological Features of Remission Formation after a First Psychotic Episode in Adolescence**
Tikhonov D.V. 57
- Peculiarities of Negative Personal Changes in Patients with Different Structure of Manic-Paraphrenic States**
Sizov S.V., Meleshko T.K., Oleichik I.V. 65
- Change in Ratio of Platelet Beta-Amyloid Precursor Protein (APP) Forms in Schizophrenia Compared with Control Group**
Tereshkina E.B., Boksha I.S., Prokhorova T.A., Savushkina O.K., Burbaeva G.Sh., Morozova M.A., Mukaetova-Ladinska E.B. 74
- Hypercoagulation of Blood Plasma with Spontaneous Clots as a Biological Marker of the Severity of Mental Disorders**
Karpova N.S., Brusov O.S., Oleichik I.V., Simashkova N.V., Faktor M.I., Levchenko N.S., Nikitina S.G. 81

Scientific Reviews

- The History of the Formation of Concepts and Modern View on Hysteria in Endogenous Mental Diseases**
Popov S.M. 90

Information

- Section of Suicidology at the XVI European Congress of Psychology (2–5 July 2019), Moscow, Russia**
Boyko O.M., Chistopolskaya K.A. 102

СОДЕРЖАНИЕ



Психопатология, клиническая и биологическая психиатрия

Клинический опыт применения пароксетина при депрессиях в пожилом возрасте Шешенин В.С., Ряховский В.В.	6
Клиническая типология и прогноз синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении Самсонов И.С., Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедеван Е.В., Каледа В.Г.	15
Клинико-психопатологические особенности юношеской шизофрении с манифестацией в юношеском возрасте на этапе отдаленного катамнеза Голубев С.А.	25
Депрессия при болезни Паркинсона: аспекты психопатологической структуры и нозологической квалификации Нийноя И.Н.В., Романов Д.В., Махмудова Г.Ж., Нодель М.Р.	38
Юношеский эндогенный приступообразный психоз с бредовыми идеями религиозного содержания: особенности психопатологии и клиники Романенко Н.В., Попович У.О.	49
Психопатологические особенности становления ремиссии после первого психотического приступа в юношеском возрасте Тихонов Д.В.	57
Особенности негативных личностных изменений у больных с различной структурой эндогенных маниакально-парафренных состояний Сизов С.В., Мелешко Т.К., Олейчик И.В.	65
Изменение соотношения форм белка-предшественника β-амилоида (APP) в тромбоцитах при шизофрении по сравнению с контрольной группой Терешкина Е.Б., Бокша И.С., Прохорова Т.А., Савушкина О.К., Бурбаева Г.Ш., Морозова М.А., Мукаетова-Ладинска Е.Б.	74
Гиперкоагуляция плазмы крови со спонтанными сгустками как биологический маркер степени выраженности психических расстройств Карпова Н.С., Брусов О.С., Олейчик И.В., Симашкова Н.В., Фактор М.И., Левченко Н.С., Никитина С.Г.	81



Научные обзоры

История формирования концепций и современные представления об истерии при эндогенных психических расстройствах Попов С.М.	90
--	----



Информация

Суицидологическая секция на Европейском психологическом конгрессе (2–5 июля 2019), Москва, Россия Бойко О.М., Чистопольская К.А.	102
---	-----

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-6-14>

УДК 616.89

Клинический опыт применения пароксетина при депрессиях в пожилом возрасте

Шешенин В.С., Ряховский В.В.
ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

ОРИГИНАЛЬНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

Резюме

Цель исследования: изучение клинического действия пароксетина при лечении депрессий у пациентов пожилого возраста в условиях психиатрического стационара. **Пациенты и методы:** включались стационарные пациенты старше 50 лет с депрессией, соответствующей критериям депрессивного эпизода по МКБ-10. Тяжесть депрессии по шкале депрессии Гамильтона (HAMD-17) составляла не менее 14 баллов. Исследование было открытое, несравнительное, длительностью 28 дней. Использованы клинико-психопатологический и психометрический методы с применением стандартизованных шкал (HAMD, HAMA, CGI). Было включено 40 пациентов в возрасте 50–77 лет (средний возраст 62 года). Тяжесть депрессии до начала терапии по шкале HAMD составила 19,6 балла, выраженность тревоги по HAMA 15 баллов. **Результаты:** полностью исследование завершил 31 пациент (77,5%). Прекратили исследование из-за недостаточной эффективности 6 пациентов (15,0%), из-за нежелательных явлений 3 пациента (7,5%). Эффективность терапии по шкале HAMD в конце лечения составила 63,3%, по шкале HAMA 63,5%. Число респондеров по HAMD составило 78,4%. Выявлена большая эффективность препарата при тревожных депрессиях. Редукция тревожно-депрессивной симптоматики наблюдалась уже в конце первой недели терапии. При выраженности когнитивных и ипохондрических расстройств эффективность терапии снижался. Отмечены улучшение когнитивных показателей и хорошая переносимость лечения. Среди нежелательных явлений преобладали легкие гастроинтестинальные симптомы. **Заключение:** пароксетин является эффективным антидепрессантом для лечения тревожных депрессий в позднем возрасте.

Ключевые слова: пароксетин; депрессии; антидепрессивная терапия; пожилой возраст.

Для цитирования: Шешенин В.С., Ряховский В.В. Клинический опыт применения пароксетина при депрессиях в пожилом возрасте. *Психиатрия*. 2019;17(4):6–14. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-6-14>.

Конфликт интересов отсутствует

Clinical Experience of Using Paroxetine While Treating Elderly Depressed Patients

Sheshenin V.S., Ryakhovsky V.V.
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

RESEARCH

Summary

Objective: study of Paroxetine clinical impact while treating elderly depressed in-patients of Mental health research centre. **Patients and methods:** study concerned in-patients older than 50 years with depression in accordance to depressive episode defined by ICD-10. The severity of depression according to Hamilton depression scale (HAMD-17) was at least 14 points. The study was open, non-comparative, and lasted for 28 days. The clinical psychopathological and psychometrical methods with standard scales (HAMD, HAMA, CGI) were used. The study concerned 40 patients aged from 50 to 77 years old (middle age — 62 y.o.). The severity of depression before therapy according to HAMD scale was 19,6 points, the anxiety extent according to HAMA was 15 points. **Results:** 31(77,5%) patients completed the study. 6 patients (15,0%) stopped the study because of ineffectiveness, and 3 patients withdrawn because of adverse events (7,5%). The therapy efficiency was 63,3% according to HAMD scale at the end of the treatment and 63,5% according to HAMA. The number of responders according to HAMD was 78,4%. Reduction of anxious and depressive symptoms was observed by the end of first week of therapy. The effectiveness of therapy decreased in case of cognitive and hypochondriac disorders. Cognitive indicants improvement and high tolerability were observed. Some light gastrointestinal symptoms were stated as adverse events. **Conclusion:** paroxetine is an effective antidepressant medication for anxious depressions treatment in elderly.

Keywords: Paroxetine; depressions; antidepressive therapy; elderly.

For citation: Sheshenin V.S., Ryakhovsky V.V. Clinical Experience of Using Paroxetine While Treating Elderly Depressed Patients. *Psychiatry*. 2019;17(4):6–14. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-6-14>.

There is no conflict of interest

но-возрастного анализа, проведенного при клиническом изучении флуоксетина, amitriptилина, тианептина при поздних депрессиях [7]. Возможно, это связано как с изменениями фармакокинетики антидепрессантов, так и с возрастными изменениями нейротрансмиттерных систем. В конце исследования у большинства пациентов уменьшалась выраженность когнитивных нарушений. Несколько в большей степени когнитивные функции улучшались у пациентов инволюционного возраста (до 60 лет). Возможно, улучшение когнитивных функций было обусловлено антидепрессивным действием препарата, улучшением общего функционирования организма, поскольку аналогичные результаты были получены и при клиническом изучении других антидепрессантов [6, 9]. Следует отметить отсутствие отрицательного действия препарата на когнитивные функции. Это выгодно отличает клиническое действие пароксетина и некоторых других СИОЗС от классических трициклических антидепрессантов, при приеме которых часто отмечаются временные когнитивные нарушения. Результаты исследования показали, что эффективность пароксетина снижается при большей выраженности у пациентов мнестических и ипохондрических расстройств до начала лечения. Вероятно, эта общая тенденция, поскольку как клинический опыт, так и результаты ранее проведенных клинических исследований антидепрессантов показали снижение эффективности терапии при наличии ипохондрических расстройств в структуре депрессии.

В результате проведенного исследования выявлена хорошая переносимость пароксетина. Необходимо отметить отсутствие тяжелых нежелательных явлений и небольшое количество пациентов, прекративших исследование из-за нежелательных явлений (7,5%). Это отличает пароксетин, например, от amitriptилина и флуоксетина, при клиническом исследовании которых в 31 и 26% случаев наблюдались тяжелые нежелательные явления у пациентов пожилого возраста [7]. По некоторым данным, 38–87% больных старческого возраста с различной соматической патологией имеют противопоказания к приему трициклических антидепрессантов и только 4% — к лечению селективными ингибиторами обратного захвата серотонина [19]. Полученные нами данные по частоте

и динамике нежелательных явлений в основном совпадают с результатами других исследований, хотя показатели частоты отдельных симптомов варьируют в широком диапазоне [15, 16]. Наибольшую частоту побочных явлений в первые 5–6 дней терапии в виде сонливости и тошноты (около 50 и 30% больных соответственно) наблюдали при сосудистых депрессиях [14]. При исследовании рексетина в среднем возрасте у 44% больных наблюдались нежелательные явления, среди которых часто встречались сухость слизистых оболочек полости рта и повышенная сонливость (32 и 28% соответственно). При исследовании пароксетина (паксила) у пациентов среднего возраста нежелательные явления отмечались в 43% случаев и так же достигали своего максимального значения на 1–2-й неделе лечения. [20].

Несмотря на открытый характер исследования и непродолжительный период наблюдения за пациентами, клинический опыт, подтвержденный результатами многих исследований, свидетельствует, что терапевтический эффект большинства антидепрессантов проявляется к 4-й неделе терапии, и четырехнедельного курса достаточно для прогнозирования эффективности препарата и определения тактики дальнейшего лечения. Исходя из цели эксперимента, схема открытого исследования не предусматривала контроля над эффективностью сопутствующей терапии, допускала использование транквилизаторов в качестве снотворных, что является характерным для повседневной гериатрической практики.

Таким образом, полученные результаты могут рассматриваться как достаточно надежные и позволяют сделать следующие выводы:

- 1) пароксетин является эффективным антидепрессантом при лечении депрессивных состояний у пациентов пожилого возраста;
- 2) препарат эффективен при депрессиях с преобладанием тревожных расстройств в их структуре; при выраженности когнитивных и ипохондрических расстройств эффект терапии снижается;
- 3) нежелательные явления при приеме пароксетина ограничиваются легкими и умеренно выраженными симптомами, преимущественно гастроинтестинальными.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Sartorius N. Depression: The global aspects of the problem. *WPA Bulletin on Depression*. 2003;6(25):3–4.
2. 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 YAB. Sotsial'no-sredovye faktory i sostoyanie psikhiche-skogo zdorov'ya pozhilogo naseleniya (kliniko-ehpidemiologicheskoe issledovanie). *Vestnik RAMN*. 2002;9:15–20. (In Russ.).
3. Baldwin R, Wild R. Management of depression in later life. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004;10:131–139. <https://DOI.org/10.1192/apt.10.2.131>.
4. Blazer D. Depression in Late Life: Review and Commentary. *The Journals of Gerontology: Series A*. 2003;58(3):M249–M265. <https://DOI.org/10.1093/gerona/58.3.M249>.
5. Comfort A. Depression in the elderly. *The Lancet*. 1986;328(8502):338. [https://DOI.org/10.1016/S0140-6736\(86\)90023-1](https://DOI.org/10.1016/S0140-6736(86)90023-1).

6. Сафарова ТП, Гаврилова СИ, Яковлева ОБ и др. Аугментация карнитетином терапии поздних депрессий. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2019;119(5):65–75. <https://DOI.org/10.17116/jnevro201911905165>.
Safarova TP, Gavrilova SI, Yakovleva OB, et al. Augmentatsiya karnitsetinom terapii pozdnikh depressij. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2019;119(5):65–75. (In Russ.). <https://DOI.org/10.17116/jnevro201911905165>.
7. Концевой ВА, Андрусенко МП. Вопросы терапии депрессий в позднем возрасте. *Кремлевская медицина*. 2001;3:66–73.
Kontsevoj VA, Andrusenko MP. Voprosy terapii depressij v pozdnem vozraste. *Kremlevskaya meditsina*. 2001;3:66–73. (In Russ.).
8. Круглов ЛС, Мешандин ИА. Поздневозрастная депрессия у больных с церебрально-сосудистыми нарушениями: особенности клинической картины и терапевтической динамики. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2011;1:22–25.
Kruglov LS, Meshandin IA. Pozdnevozhrastnaya depressiya u bol'nykh s tserebral'no-sosudistymi narusheniyami: osobennosti klinicheskoy kartiny i terapevticheskoy dinamiki. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2011;1:22–25. (In Russ.).
9. Концевой ВА, Яковлева ОБ, Сафарова ТП, Шешенин ВС. Использование ципрамила при лечении депрессий в старости. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2003;2:68–71.
Kontsevoj VA, Yakovleva OB, Safarova TP, Sheshenin VS. Ispol'zovanie tsipramila pri lechenii depressij v starosti. *Zhurn. psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2003;2:68–71. (In Russ.).
10. Taylor W. Clinical practice: depression in the elderly. *N. Engl. J. Med.* 2014;371(13):1228–1236. <https://DOI.org/10.1056/NEJMc1402180>.
11. Bali V, Chatterjee S, Johnson ML, et al. Risk of Mortality in Elderly Nursing Home Patients with Depression Using Paroxetine. *Pharmacotherapy*. 2017;37(3):287–296. <https://DOI.org/10.1002/phar.1898>.
12. Тювина НА, Прохорова СВ, Максимова ТН. Эффективность паксила при лечении депрессий у мужчин пожилого возраста. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2012;2:63–68.
Tyuvina NA, Prokhorova SV, Maksimova TN. EHffektivnost' paksila pri lechenii depressij u muzhchin pozhilogo vozrasta. *Nevrologiya, nejropsikhiatriya, psikhosomatika*. 2012;2:63–68. (In Russ.).
13. Bourin M, Chue P, Guillon Y. Paroxetine: a review. *CNS Drug Rev.* 2001;Spring;7(1):25–47. <https://dx.DOI.org/10.1111%2Fj.1527-3458.2001.tb00189.x>.
14. Ретюнский КЮ, Хмельнова ИВ, Малькова ЕБ. Терапевтическая эффективность рексетина при сосудистой депрессии. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2005;7(6):346–349.
Retyunskij KYu, Khmel'nova IV, Mal'kova EB. Terapevticheskaya ehffektivnost' reksetina pri sosudistoj depressii. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2005;7(6):346–349. (In Russ.).
15. Мосолов СН, Смулевич АБ, Григорьевских ВС и др. Клиническая эффективность и переносимость препарата «Паксил» (пароксетин) при лечении депрессии. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2004;4:164–168.
Mosolov SN, Smulevich AB, Grigor'evskikh VS, et al. Klinicheskaya ehffektivnost' i perenosimost' preparata «Paksil» (paroksetin) pri lechenii depressii. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2004;4:164–168. (In Russ.).
16. Дробизhev МЮ, Сыркин АЛ, Иванов СВ, Печерская МБ. Пароксетин при лечении депрессий у больных общесоматического стационара. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2000;2(4):5–9.
Drobizhev MYu, Syrkin AL, Ivanov SV, Pecherskaya MB. Paroksetin pri lechenii depressij u bol'nykh obshhesomaticheskogo statsionara. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2000;2(4):5–9. (In Russ.).
17. Anstey K, Brodaty H. Antidepressants and the elderly: Double-blind trials 1987–1992. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1995;10(4):265–279. <https://DOI.org/10.1002/gps.930100403>.
18. Бобров АС, Петрунько ОВ, Ковалева АВ и др. Рексетин в терапии депрессивных состояний. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2005;105(11):30–34.
Bobrov AS, Petrun'ko OV, Kovaleva AV et al. Reksetin v terapii depressivnykh sostoyanij. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2005;105(11):30–34. (In Russ.).
19. Cole M, Elie L, McCusker J, et al. Feasibility and effectiveness of treatments for depression in elderly medical inpatients: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2000;12(4):453–461. <https://DOI.org/10.1017/S1041610200006578>.
20. Румянцева ГМ, Степанов АЛ, Левина ТТ. Клиническая эффективность препарата «Рексетин» (пароксетин) при расстройствах тревожного спектра. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2005;7(5):292–294.
Rumyantseva GM, Stepanov AL, Levina TT. Klinicheskaya ehffektivnost' preparata «Reksetin» (paroksetin) pri rasstrojstvakh trevozhnogo spektra. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2005;7(5):292–294. (In Russ.).
21. Круглов ЛС, Мешандин ИА. Поздневозрастная депрессия у больных с церебрально-сосудистыми нарушениями. Особенности клинической картины и терапевтической динамики. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2011;(1):22–25.
Kruglov LS, Meshandin IA. Pozdnevozhrastnaya depressiya u bol'nykh s tserebral'no-sosudistymi

narusheniyami. Osobennosti klinicheskoy kartiny
i terapevticheskoy dinamiki. *Obozreniye psikiatrii*

i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva.
2011;(1):22–25. (In Russ.).

Информация об авторах

Шешенин Владимир Сергеевич, кандидат медицинских наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. ORCID 0000-0003-3992-115X

E-mail: vlash2003@mail.ru

Ряховский Вячеслав Вячеславович, кандидат медицинских наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. ORCID 0000-0001-7517-2454

E-mail: ryakhovskij@yandex.ru

Information about the authors

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

E-mail: vlash2003@mail.ru

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

E-mail: ryakhovskij@yandex.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Шешенин Владимир Сергеевич/Vladimir S. Sheshenin

E-mail: vlash2003@mail.ru

Дата поступления 28.07.2019
Date of receipt 28.07.2019

Дата принятия 10.09.2019
Accepted for publication 10.09.2019

Клиническая типология и прогноз синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении

Самсонов И.С., Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Каледа В.Г.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

ОРИГИНАЛЬНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

Резюме

Обоснование: исследование синдрома овладения религиозного содержания (СОРС) при шизофрении сопряжено с определенными сложностями, заключающимися в недостаточной изученности и низкой распознаваемости этих состояний, несмотря на значительную их тяжесть, имеющуюся социальную опасность и известную резистентность к проводимой психофармакотерапии. **Цель исследования:** разработать клиническую типологию СОРС при шизофрении, основанную на психопатологических особенностях и патокинезе данного синдрома, и персонифицированные критерии 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. В исследовании применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический (PANSS) методы. **Результаты:** синдром овладения религиозного содержания (СОРС) определяется устойчивой бредовой убежденностью пациентов в воздействии на них некой бесплотной «духовной сущности», осуществляющей контроль над умом и телом и полностью трансформирующей их личность. СОРС является психопатологически сложным и полиморфным образованием и формируется по закономерностям развития синдрома Кандинского–Клерамбо. В соответствии с особенностями бреда воздействия при шизофрении описаны два клинических типа СОРС: интернальный (1-й тип) и экстернальный (2-й тип), различающиеся характером переживаемого воздействия — инвазивного или извне. **Заключение:** два типа СОРС имеют различный клинический и социальный прогноз и наблюдаются при разных по прогрессивности формах течения шизофрении.

Ключевые слова: синдром овладения религиозного содержания; бред одержимости религиозного содержания; типология; интернальный и экстернальный типы; религиозность, шизофрения.

Для цитирования: Самсонов И.С., Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Каледа В.Г. Клиническая типология и прогноз синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении. *Психиатрия*. 2019;17(4):15–24. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-15-24>.

Конфликт интересов отсутствует

The Syndrome of Possession with Religious Content in Schizophrenia: Clinical Typology and Prognosis

Samsonov I.S., Kopeyko G.I., Borisova O.A., Gedeveni E.V., Kaleda V.G.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

RESEARCH

Summary

Background: The study of the syndrome of possession with religious content (SPRC) in schizophrenia is associated with certain difficulties, such as insufficient study and low recognition of these conditions. These disorders appear to be very severe due to existing social risk and certain resistance to psychopharmacotherapy. **The aim:** to conduct clinical and psychopathological differentiation of SPRS in schizophrenia, based on psychopathological features and pathogenesis of the syndrome, to develop personalized criteria for diagnosis and prognosis of the disease. **Patients and methods:** a total of 36 patients suffering from the SPRS in schizophrenia (F20.0, F20.01, F20.02 according to ICD-10) were examined. The research methods were used in the study: clinical-psychopathological, follow-up, and psychometric (PANSS) methods. **Results:** syndrome of possession with religious content SPRC is persistent delusional patient's conviction in the impact on him carried out by some immaterial «spiritual entity», which involves control under his/her mind and body, and leads to total transformation of personality. SPRS is psychopathologically complex and polymorphic formation and is developed according to the laws of the Kandinsky–Clérambault syndrome. Due to psychopathological features two different types of this syndrome were identified: internal (type 1) and external (type 2). Differentiation of these forms was based on difference in character of affection's sense noted by patients (invading or from the outside). **Conclusion:** two types of SPRS have different clinical and social prognosis and are observed in different progressive forms of schizophrenia.

Keywords: syndrome of possession with religious content; delusion of possession with religious content; hallucinations of common sense; religiosity; schizophrenia; internal and external types of syndrome of possession with religious content.

автоматизмов, что придает синдрому овладения характер тотальности воздействия.

1-й и 2-й типы синдрома овладения религиозного содержания имеют разный клинический и социальный прогноз и наблюдаются при разных по прогрессивности формах течения шизофрении: близком к непрерывному и к приступообразному. В своей структуре на всех этапах заболевания при 1-м типе сохраняется монотематичность бредовых расстройств (религиозная), в том числе и в картине резидуального бреда при неполной ремиссии, а при 2-м типе на всех этапах развития заболевания преобладает политематичность бредовых расстройств.

Религиозный характер бреда овладения по-разному отражает реальное религиозное поведение больных и может развиваться как на фоне обычной религиозности, так и на фоне псевдорелигиозности, представляющей собой сверхценное или бредовое расстройство, уменьшаясь по мере редукции отдельных компонентов

параноидного синдрома, или может сохраняться в виде остаточного бреда при отсутствии критического отношения к нему.

Следует отметить, что на настоящий момент было изучено 36 пациентов, что составляет не столь многочисленную выборку и предполагает дальнейшую исследовательскую работу по изучению СОРС.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование направлено на изучение и описание психопатологических особенностей синдрома овладения религиозного содержания и его динамики при шизофрении. Выделенные два типа СОРС имеют разный клинический и социальный прогноз. Полученные данные способствуют осуществлению персонифицированного подхода к разработке тактики терапевтического вмешательства при СОРС в рамках шизофрении.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. 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. <https://doi:10.17116/jnevro20181184130-35>.
2. Копейко ГИ, Борисова ОА, Гедевани ЕВ и др. Психопатологические особенности синдрома овладения религиозного содержания. *Психиатрия*. 2019;3:24–29 (в печати).
3. Копейко ГИ, Борисова ОА, Гедевани ЕВ, et al. The Syndrome of Possession with Religious Content in Schizophrenia: Clinical and Psychopathological Features. *Psychiatry*. 2019;3:24–29 (in press). (In Russ.).
4. 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.
5. 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. (In Russ.).
6. Каменева ЕН, Кудипов АИ. Об архаических формах бреда. *Труды 1-й Московской психиатрической больницы*. М.;1940;3:439–450.
7. Каменева ЕН, Кудипов АИ. Об архаических формах бреда. *Труды 1-й Московской психиатрической больницы*. М.;1940;3:439–450. (In Russ.).
8. Каменева ЕН. Клиника и механизмы шизофренического бреда. Под ред. проф. Д.Д. Федотова. М.;1957.
9. Каменева ЕН. Клиника и механизмы шизофренического бреда. Под ред. проф. Д.Д. Федотова. М.;1957. (In Russ.).
10. Пашковский ВЭ. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями: Краткое руководство для врачей. СПб.: Издательский дом СПбМАПО;2006:144.
11. Пашковский ВЭ. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями: Краткое руководство для врачей. СПб.: Издательский дом СПбМАПО;2006:144. (In Russ.).
12. de Menezes A, Moreira-Almeida A. Differential diagnosis between spiritual experiences and mental disorders of religious content. *Revista de psiquiatria clinica*. 2009;36(2):69–76. <https://doi:10.1590/S0101-60832009000200006>.
13. Onchev G. Heterogeneity of the possession experiences: A case study from Pemba. *European journal of psychiatry*. 2001;15(4):217–224.
14. Irmak MK. Schizophrenia or Possession? *Journal of Religion and Health*. 2014;53(3):773–777. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0027-4>.
15. Majid Z, Haider A, Kapadia HF. Schizophrenia. *The Professional Medical Journal*. 2016;23(06):760–762. <https://doi:10.17957/TPMJ/16.3318>.
16. Ventriglio A, Bonfitto I, Ricci F, et al. Delusion, possession and religion. *Nordic journal of psychiatry*. 2018;72(suppl1):13–15. <https://doi:10.1080/08039488.2018.1525639>.

Информация об авторах

Самсонов Иван Сергеевич, аспирант, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. <https://orcid.org/0000-0002-3753-5661>
E-mail: ivansamson@yandex.ru

Копейко Григорий Иванович, кандидат медицинских наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. <http://orcid.org/0000-0002-1209-1443>

E-mail: gregory_kopeyko@mail.ru

Борисова Ольга Александровна, кандидат медицинских наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. <http://orcid.org/0000-0002-7429-7244>

E-mail: olga.borisova@gmail.com

Гедевану Екатерина Владимировна, кандидат медицинских наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. <https://orcid.org/0000-0001-8829-3191>

E-mail: gedevani@hotmail.com

Каледва Василий Глебович, доктор медицинских наук, заместитель директора, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. <http://orcid.org/0000-0002-8580-9890>

E-mail: kaleda-vg@ncpz.ru

Information about the authors

Ivan S. Samsonov, Postgraduate Student, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. <https://orcid.org/0000-0002-3753-5661>

E-mail: ivansamson@yandex.ru

Grigoriy I. Kopeyko, PhD, MD, Cand. of Sci. (Med.), Chief Researcher, Deputy Director of Research of «The Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. <http://orcid.org/0000-0002-1209-1443>

E-mail: gregory_kopeyko@mail.ru

Olga A. Borisova, PhD, MD, Cand. of Sci. (Med.), Leading Researcher, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. <http://orcid.org/0000-0002-7429-7244>

E-mail: olga.borisova@gmail.com

Ekaterina V. Gedevani, PhD, MD, Cand. of Sci. (Med.), Senior Researcher, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. <https://orcid.org/0000-0001-8829-3191>

E-mail: gedevani@hotmail.com

Vasiliy G. Kaleda, PhD, MD, Dr. of Sci. (Med.), Deputy Director, «The Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. <http://orcid.org/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

Клинико-психопатологические особенности шизофрении с манифестацией в юношеском возрасте на этапе отдаленного катамнеза

Голубев С.А.
ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

ОРИГИНАЛЬНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

Резюме

Обоснование: анализ долгосрочного течения и исходов шизофрении, начавшейся в юношеском возрасте, до настоящего времени является актуальной задачей. **Цель исследования:** определение клинико-психопатологических особенностей состояния больных юношеской шизофренией на этапе отдаленного катамнеза. **Материал и методы:** изучен катамнез 320 больных шизофренией с манифестацией в юношеском возрасте, впервые обратившихся в ПНД №1 г. Москвы с 1990 по 1994 г. (срок катамнеза 20–25 лет). Использованы клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-эпидемиологический, психометрический (шкала PSP), статистический методы. **Результаты и их обсуждение:** в отдаленном катамнезе заболевания выделено три клинических типа состояний. Первый тип (49,4%) характеризовался преобладанием личностной динамики и включал в себя три разновидности: 1) состояния с проявлениями «первичного дефекта» в виде утраты личностных черт (18,1%); 2) состояния с признаками «первичного дефекта» в виде искажения или транспозиции личностных черт (10,0%); 3) состояния с амальгамированием продуктивных расстройств в структуру «первичного дефекта» (21,3%). Второй тип (24,7%) отличался преобладанием негативных расстройств и включал состояния с доминированием дефицитарных проявлений (14,1%) и состояния с доминированием псевдоорганической симптоматики (10,6%). К третьему типу (25,9%) отнесены состояния с актуальными позитивными и негативными расстройствами, включая изолированные негативные и резидуальные продуктивные расстройства (10,0%) и состояния с активной психотической симптоматикой (15,9%). **Выводы:** соотношение различных типов проявлений шизофренического процесса на этапе отдаленного катамнеза коррелирует с параметрами социально-трудового функционирования пациентов.

Ключевые слова: шизофрения; юношеский возраст манифестации; отдаленный катамнез; функциональный исход.

Для цитирования: Голубев С.А. Клинико-психопатологические особенности шизофрении с манифестацией в юношеском возрасте на этапе отдаленного катамнеза. *Психиатрия*. 2019;17(4):25–37. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-25-37>.

Конфликт интересов отсутствует

Clinical and Psychopathological Patterns of Schizophrenia with Juvenile Onset at the Stage of Long-Term Follow-Up

Golubev S.A.
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

RESEARCH

Summary

Background: analysis of the long-term course and outcomes of youth schizophrenia is still an actual problem. **Objective:** determination of clinical-psychopathological features of the condition of patients with youth schizophrenia in the long-term follow-up study. **Patients and methods:** presents the results of the long-term follow-up study of 320 patients with youth schizophrenia first applied in the PND N1 in Moscow from 1990 to 1994. Follow-up was 20–25 years. Clinical and psychopathological, follow-up, epidemiological and statistical methods, and also a psychometric method (PSP) were applied. **Results:** three types of follow-up outcomes were found. The first type with a predominance of personality dynamics (49,4%) included three variants: 1) predominance of the «primary defect» in the form of exaggeration of personality traits (18,1%); 2) predominance of the «primary defect» in the form of distortion or transposition of personality traits (10,0%); 3) the amalgamation of productive disorders in the structure of the «primary defect» (21,3%). The second type (24,7%) with actual negative disorders included states with the dominance of deficiency symptoms (14,1%) and states with the dominance of pseudo-organic symptoms (10,6%). The third type (25,9%) with relevant positive and negative disorders included cases with the isolated existence of productive and negative disorders («fragments psychotic») (10,0%) and states with active psychotics (15,9%). **Conclusions:** the found types of long-term follow-up outcomes were associated with social and labor functioning of patients.

Keywords: schizophrenia; youthful onset age; long-term follow-up; functional outcome.

For citation: Golubev S.A. Clinical and Psychopathological Patterns of Schizophrenia with Juvenile Onset at the Stage of the Long-Term Follow-Up. *Psychiatry*. 2019;17(4):25–37. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-25-37>.

There is no conflict of interest

находилась на более низком уровне, чем при состояниях II типа.

Показатели социального функционирования при данном типе состояний (см. табл. 2) были самыми низкими, несмотря на то, что половина пациентов имели высшее или среднее специальное образование, большая часть из них не были трудоустроены, лишь несколько человек работали, занимаясь преимущественно низкоквалифицированным трудом. Инвалидность различных групп была установлена для большинства больных.

При III типологической разновидности отмечались наиболее низкие показатели по шкале PSP ($p \leq 0,01$), средний балл составлял $48,2 \pm 6,2$ (см. табл. 2).

Проведенный по опроснику PSP анализ обнаружил (см. рис. 2), что пациенты данной группы имели самые низкие во всей обследованной когорте показатели социального функционирования во всех четырех основных кластерах ($p \leq 0,05$).

Данные больные лишь в немногих случаях были способны к продуктивной трудовой деятельности.

При анализе кластера социальных отношений выяснилось, что низкий уровень социальных контактов прослеживался у большинства больных, круг общения у них был крайне узок и в большинстве случаев ограничивался лишь ближайшим окружением, в основном общение происходило с членами семьи по инициативе

последних, что было связано с нарастающими негативными изменениями личности. В браке состояли только немногие, остальные проживали с родителями или в одиночестве.

Многие пациенты нуждались в оказании помощи либо со стороны родственников, либо со стороны специализированных организаций, поскольку не были способны без посторонней помощи в должной мере себя обслуживать и поддерживать приемлемый уровень социального функционирования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, представленное типологическое деление позволяет оценить клинически очерченное соотношение различных проявлений шизофренического процесса — продуктивной симптоматики, негативных расстройств, а также личностной динамики на этапе отдаленного катамнеза. В процессе исследования была установлена отчетливая взаимосвязь между выделенными типами состояний и характером социально-трудового функционирования пациентов, являющимся, по сути, отражением функционального исхода заболевания.

Исследование поддержано грантом РФФИ 18-013-01214.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Демчева НК, Кузнецов СВ. Негативные расстройства при параноидной форме шизофрении. *Психическое здоровье*. 2019;1(32):38–42.
Demtcheva NK, Kuznetsov SV. The pattern of negative disorders during various types of paranoid schizophrenia course. *Psikhicheskoe zdorov'e*. 2019;1(32):38–42. (In Russ.).
2. Коцюбинский АП, Шейнина НС. Динамика эндогенных психических расстройств. Сообщение 1. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012;22(2):5–9.
Kotsubinsky AP, Sheinina NS. Dynamics of endogenous mental disorders. Paper 1. *Social and Clinical Psychiatry*. 2012;22(2):5–9. (In Russ.).
3. Морозова МА, Бениашвили АГ. Актуальные проблемы в развитии концепции психического дефекта при шизофрении. *Психиатрия* 2007;4(28):7–25.
Morozova MA, Beniashvili AG. Current problems in the development of the concept of mental defect in schizophrenia. *Psychiatry*. 2007;4(28):7–25. (In Russ.).
4. Зинчук МС, Семке АВ. Влияние негативной симптоматики на динамику социального статуса больных параноидной шизофренией. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013;4(79):34–39.
Zinchuk MS, Semke AV. Influence of negative symptoms on dynamic of social status of patients with paranoid schizophrenia. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii*. 2013;4(79):34–39. (In Russ.).
5. Мосолов СН, Потапов АВ, Ушаков ЮВ и др. Стандартизированные клинико-функциональные критерии терапевтической ремиссии при шизофрении: разработка и валидизация *Психиатрия и психофармакотерапия*. Журнал им. П.Б. Ганнушкина. 2012;14(2):9–19.
Mosolov SN, Potapov AV, Ushakov YuV, et al. Standardized clinical and functional criteria for therapeutic remission in schizophrenia: development and validation. *Psikhiiatriya i psikhofarmakoterapiya. Zhurnal im. P.B. Gannushkina*. 2012;14(2):9–19. (In Russ.).
6. Смулевич АБ, Воробьев ВЮ. Психопатология шизофренического дефекта (к построению интегративной модели негативных изменений). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1989;9:100–105.
Smulevich AB, Vorob'ev VYu. Psikhopatologiya shizofrenicheskogo defekta (k postroeniyu integrativnoi modeli negativnykh izmenenii). *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1989;9:100–105. (In Russ.).
7. Джонс ПБ, Бакли ПФ. Шизофрения. Клиническое руководство. Пер. с англ. под общ. ред. С.Н. Мосолова: МЕДпресс-информ; 2008:192.
Jones PB, Buckley PF. Schizophrenia. *Klinicheskoe rukovodstvo*. Per. s angl. pod obshch. red. S.N. Mosolova: MEDpress-inform; 2008:192. (In Russ.).
8. Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite

- longitudinal study in North America. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2008;65(1):28–37. <https://doi:10.1001/archgenpsychiatry.2007.3>.
9. Демчева НК, Кузнецов СВ. Негативные расстройства и типы компенсаторно-приспособительной защиты при параноидной форме шизофрении. *Социальная психиатрия*. 2009;4:78–79. Demcheva NK, Kuznetsov SV. Negativnye rasstroistva i tipy kompensatorno-prisposobitel'noi zashchity pri paranoidnoi forme shizofrenii. *Sotsial'naya psikhiatriya*. 2009;4:78–79. (In Russ.).
 10. Cavelti M, Krgic S, Beck EM, et al. Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-report instruments. *Eur. Psychiatry*. 2012;27(1):19–32. <https://doi:10.1016/j.eurpsy.2011.01.007>.
 11. Коцюбинский АП. Холистический диагностический подход в психиатрии. Сообщение 1. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2013;23(4):45–50. Kotsyubinskii AP. Kholisticheskii diagnosticheskii podkhod v psikhiatrii. Soobshchenie 1. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2013;23(4):45–50. (In Russ.).
 12. Смулевич АБ, Романов ДВ, Воронова ЕИ и др. Эволюция учения о шизофреническом дефекте. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2017;117(9):4–14. <https://DOI:10.17116/jnevro2017117914-14>. Smulevich AB, Romanov DV, Voronova EI, et al. Evolution of the schizophrenic deficit concept. *Zhurnal neurologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2017;117(9):4–14. (In Russ.). <https://DOI:10.17116/jnevro2017117914-14>.
 13. Кречмер Э. Строение тела и характер. М.-Л.; 1930:304. Kretschmer E. Physique and Character. М.-Л.; 1930:304. (In Russ.).
 14. Berze J. Zur Phänomenologie und zur Theorie des Beziehungswahns Allg. Z.F. Psych 1926;(84):142–149.
 15. Мелехов ДЕ. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М.; 1963:198. Melekhov DE. Klinicheskie osnovy prognoza trudosposobnosti pri shizofrenii. М.; 1963:198. (In Russ.).
 16. Смулевич АБ, Дубницкая ЭБ, Лобанова ВМ и др. Расстройства личности и шизофренический дефект (проблема коморбидности). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2018;118(11):4–14. <https://doi:10.17116/jnevro20181181114>. Smulevich AB, Dubnitskaya EB, Lobanova VM, et al. Personality disorders and schizophrenic defect (problem of comorbidity). *Zhurnal neurologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2018;118(11):4–14. (In Russ.). <https://doi:10.17116/jnevro20181181114>.
 17. Smith JM, Cunliffe TB, Gacono CB, et al. Psychodynamics in the female psychopath: A PCL-R/Rorschach investigation. *Violence and Gender*. 2014;1(4):1–12. <https://doi:10.1089/vio.2014.0023>.
 18. Falret J. Societe medico-psychologique. Paris; 1866:410–413.
 19. Смулевич АБ Неманифестные этапы шизофрении: психопатология и терапия. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2005;105(5):4–10. Smulevich AB. Non-manifested stages of schizophrenia: psychopathology and therapy. *Zhurnal neurologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2005;105(5):4–10. (In Russ.).
 20. Ястребов ВС. Клинико-эпидемиологическая характеристика негоспитализированных больных шизофренией. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1987;87(8):1207. Yastrebov VS. Kliniko-epidemiologicheskaya kharakteristika negospitalizirovannih bolnih shizofreniei. *Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1987;87(8):1207 (In Russ.).
 21. Mayer-Groß W. Über die Stellungnahme zur abgelauften akuten Psychose. Eine Studie über verständliche Zusammenhänge in der Schizophrenie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. 1920;60:160–213.
 22. Vie J. Quelques terminaisons des delires chroniques. *Ann. Med. Psychol* 1939;2:97–103.
 23. Huber G. Das Konzept substratnaher Basis symptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen. *Nervenarzt*. 1983;54(1):23–32.
 24. Carpenter WT Jr, Buchanan RW, Kirkpatrick B, et al. Strong inference, theory falsification, and the neuroanatomy of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1993;50:825–831.
 25. Huber G. Coenestetische schizophrenie. *Fortshr. Neurol. Psychiatr*. 1957;25(9):491–520.
 26. Janzarik W. Basisstörungen. Eine Revision mit struktur-dynamischen Mitteln. *Nervenarzt*. 1983;54:122–130.
 27. Максимов ВИ, Зверькова ИВ. К типологии дефекта у больных неманифестной шизофренией. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1986;86(5):726–731. Maksimov VI, Zver'kova IV. K tipologii defekta u bol'nyh nemanifestnoj shizofreniej. *Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1986;86(5):726–731. (In Russ.).
 28. Воробьев ВЮ, Нефедьев ОП. О дефекте типа фершробен при вялотекущей шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1987;87(7):1378–1383. Vorob'ev VYu, Nefed'ev OP. O defekte tipa fershroben pri vyalotekushchei shizofrenii. *Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1987;87(7):1378–1383. (In Russ.).
 29. Kraepelin E. Die Verschrobenen. *Psychiatrie* 8 Aufl. 1915;IV(III):2039–2043.
 30. Эдельштейн АО. Исходные состояния шизофрении. М.; 1938:114. Edel'shtein AO. Iskhodnye sostoyaniya shizofrenii. М.; 1938:114. (In Russ.).

31. Смулевич АБ. Неманифестные этапы шизофрении: психопатология и терапия. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2005;105(5):4–10.
Smulevich AB. Nemanifestnye etapy shizofrenii: psikhopatologiya i terapiya. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2005;105(5):4–10. (In Russ.).
32. Зеневич ГВ. Ремиссии при шизофрении. Ленинград: Медицина; 1964;214.
Zenevich GV. Remissii pri shizofrenii. Leningrad: Meditsina; 1964;214. (In Russ.).
33. Сальникова ЛИ. Адаптированные больные паранойдной шизофренией среди населения и особенности оказания им социальной помощи. В сб.: XII Съезд психиатров России. Материалы съезда. 1995;112–113.
Sal'nikova LI. Adaptirovanniye bol'nye paranoidnoi shizofreniei sredi naseleniya i osobennosti okazaniya im sotsial'noi pomoshi. XII S'ezd psikhiiatrov Rossii. V sb.: Materiali s' 1995;112–113. (In Russ.).
34. Vie J. Quelques terminaisons des delires chroniques. *Ann. Med. Psychol.* 1939;2:97–103.
35. Корсаков СС. Курс психиатрии. М.; 1901;677.
Korsakov SS. Kurs psikhiiatrii. M.; 1901;677. (In Russ.).

Информация об авторе

Голубев Сергей Александрович, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. orcid.org/0000-0002-0021-4936
E-mail: color1982@bk.ru

Information about the author

Sergey A. Golubev, PhD, MD, Cand. of Sci. (Med.) Senior Researcher, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. orcid.org/0000-0002-0021-4936
E-mail: color1982@bk.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Голубев Сергей Александрович/Sergey A. Golubev
E-mail: color1982@bk.ru

Дата поступления 08.08.2019
Date of receipt 08.08.2019

Дата принятия 11.09.2019
Accepted for publication 11.09.2019

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-38-48>

УДК 616.895.4; 616.892; 616.858

Депрессия при болезни Паркинсона: аспекты психопатологической структуры и нозологической квалификации

Нийноя И.Н.В.¹, Романов Д.В.^{1, 2}, Махмудова Г.Ж.¹, Нодель М.Р.¹

¹ ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, Россия

² ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

ОРИГИНАЛЬНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

Резюме

Обоснование: депрессия наряду с когнитивными расстройствами является одним из наиболее распространенных не-моторных психопатологических проявлений болезни Паркинсона (БП), однако проблема нозологической дифференциации и типологии аффективных расстройств при БП до настоящего времени остается нерешенной. **Цель:** психопатологическая и нозологическая дифференциация депрессии при БП с определением модуса ассоциации аффективных и неврологических расстройств. **Пациенты и методы исследования:** на базе клиники нервных болезней им. А.Я. Кожевникова УКБ №3 ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) обследовано 28 пациентов (22 женщины, 6 мужчин, средний возраст $64,4 \pm 9,4$ года) с верифицированными диагнозами депрессии и БП. Наряду с психопатологическим методом использованы психометрические шкалы оценки депрессии (шкала депрессии Гамильтона — HADS-21) и когнитивных функций (краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы — КНОКС, краткая шкала оценки психического статуса — MMSE), а также унифицированная шкала оценки болезни Паркинсона (УШОБП). **Результаты:** предложена клиническая типология депрессий при БП, отражающая закономерности формирования, а также ассоциацию аффективного и неврологического расстройства. Выделены два варианта депрессивных расстройств, каждый из которых включает два клинических подтипа: (I) депрессии, непосредственно ассоциированные с БП, включающие (1) нозогенные депрессии и (2) органические депрессии; и (II) депрессии, манифестирующие независимо от БП, включающие (3) реактивные депрессии и (4) эндогенные депрессии. Кроме того, выделена представленная казуистическими наблюдениями (3 случая) группа эндоморфных депрессивных состояний. **Заключение:** установленная клинко-нозологическая гетерогенность депрессий при БП, их психопатологическая структура и модус интеракции с БП расширяют возможности дифференциальной диагностики и, соответственно, определения индивидуального прогноза и подбора персонализированной терапии.

Ключевые слова: депрессия; болезнь Паркинсона; нозогенная депрессия; органическая депрессия; реактивная депрессия; эндогенная депрессия.

Для цитирования: Нийноя И.Н.В., Романов Д.В., Махмудова Г.Ж., Нодель М.Р. Депрессия при болезни Паркинсона: аспекты психопатологической структуры и нозологической квалификации. *Психиатрия*. 2019;17(4):38–48. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-38-48>.

Конфликт интересов отсутствует

Depression in Parkinson's Disease: Aspects of the Psychopathological Structure and Nosological Qualification

Niinoja I.N.V.¹, Romanov D.V.^{1, 2}, Makhmudova G.Zh.¹, Nodel M.R.¹

¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russia

² FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

RESEARCH

Summary

Background: depression along with cognitive impairment is one of the most common non-motor psychopathological symptom of Parkinson's disease (PD), however, the problem of nosological differentiation and typology of affective disorders in PD is still unresolved. **The goal:** of this study is the investigation of psychopathological and nosological differentiation of depression in PD with the determination of the mode of association between affective and neurological disorders. **Patients and methods:** the research was conducted at the Clinic of Nervous Diseases named after A.Ya. Kozhevnikov of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University). 28 patients (22 women, 6 men; mean age 64.4 ± 9.4 years) with verified diagnoses of depression and PD were enrolled in the study. For assessment of depression we used Hamilton Depression Scale (HADS-21), for assessment of cognitive functions were used a brief neuropsychological examination of the cognitive sphere (KNOKS) and a brief mental status assessment scale (MMSE). Neurological examination was provided with unified Parkinson's disease rating scale (UPDRS). **Results:** a clinical typology of depression in PD, considering the patterns of formation and the association between affective and neurological disorders, has been proposed. Two types of depressive disorders were identified, each of which included two clinical subtypes: (I) depression directly associated with the onset of PD,

депрессии у пациентов пожилого возраста [36]. Так, основные проявления в виде подавленности, витальной «загрудинной» тоски и депрессивной идеации (идеи малоценности, виновности) сглаживаются, а доминирующими в клинической картине становятся апато-адинамическая и тревожная симптоматика, ипохондрические расстройства (в том числе с явлениями «депрессивной псевдодеменции»). Возникающие суицидальные мысли не сопровождаются суицидальным поведением, что соотносится с эпидемиологическими данными, свидетельствующими о десятикратном снижении частоты суицидов у пациентов с БП по сравнению с общей популяцией [48]. Важной особенностью клинической картины эндогенных депрессий при БП являются выраженные нарушения витальных функций, которые актуализируются за счет формирования так называемых «общих симптомов» депрессии и неврологического заболевания, сопровождающегося астенической симптоматикой, комплексными нарушениями сна (пара- и инсомнии, связанные с ночной гипокинезией) и снижением аппетита с существенной потерей массы тела [43, 49]. Кроме того, эндогенные депрессии при БП отличаются менее благоприятным терапевтическим ответом на психофармакотерапию, необходимостью стационарного лечения, назначения комбинированной терапевтической схемы с использованием различных фармакологических групп (антидепрессанты, анксиолитики, нормотимики) и форм введения лекарственных препаратов.

Наряду с нозогенными, органическими, реактивными и эндогенными аффективными расстройствами впервые при БП выделяется особая группа эндоформных депрессивных состояний, не укладывающихся в картину вышеперечисленных подтипов. Так, в отличие от пациентов с эндогенными депрессиями, пациенты с эндоформными фазами не обнаруживают аффективных расстройств в анамнезе, а депрессия манифестирует впервые, будучи приурочена ко времени дебюта моторных проявлений БП на продромальном или начальном этапе неврологического заболевания. В доступной литературе имеются единичные указания относительно того, что впервые возникший депрессивный синдром, развившийся в манифесте моторных нарушений БП, феноменологически неотличим от «пер-

вичной» эндогенной депрессии [50]. Согласно данным, полученным в исследовании, такие депрессии при БП обнаруживают некоторые особенности клинической структуры, прежде всего, за счет атипичности аффекта тоски. Последний принимает вид либо «тоскливо-анксиозного» феномена, либо «телесных фантазий», что сопоставимо по психопатологической структуре с депрессивными характеристиками тоски, свойственной эндоформным депрессиям при ИБС [35]. Одним из основных признаков эндоформных депрессий является циркадианный ритм, которому подчинена симптоматика. Суточные колебания настроения с типичным ухудшением в утренние часы выступают облигатной составляющей, по которой клиническая картина эндоформной депрессии сопоставима с циркулярной меланхолией и эндоформными депрессиями в кардиологической практике [51]. Кроме того, для эндоформных депрессий характерны феноменологические закономерности, выявляемые зарубежными авторами при сравнении пациентов с депрессиями при БП и эндогенными депрессиями у пожилых [50, 52, 53]. Так, для пациентов с эндоформными депрессиями нехарактерны идеи самообвинения и активные суицидальные тенденции, при обследовании выявляется лишь пассивная суицидальная идеация. Наконец, в случаях эндоформных депрессий при БП формируется характерный терапевтический ответ, развивающийся в ответ на лечение низкими дозами современных антидепрессантов, как правило, недостаточными для терапии типичных эндогенных депрессий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Установленная в ходе настоящего исследования клинко-нозологическая гетерогенность депрессий при БП, определяющая неоднородность их психопатологической структуры и модус интеракции с БП, расширяет возможности дифференциальной диагностики, а соответственно, определения индивидуального прогноза и подбора персонализированной терапии. Однако с учетом небольшого объема выборки настоящего исследования полученные данные носят предварительный характер и требуют дальнейшей верификации.

Исследование выполнено без финансовой поддержки.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Hoehn M, Yahr M. Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology*. 1967;17(5):427–442. DOI:10.1212/wnl.17.5.427. PMID:6067254.
2. Reijnders J, Ehrt U, Weber W, et al. A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. *Movement Disorders*. 2007;23(2):183–189. <https://doi.org/10.1002/mds.21803>.
3. Нодель МР, Данилова НН, Глозман ЖМ, Яхно НН. Взаимосвязь когнитивных и эмоционально-аффективных нарушений у пациентов с болезнью Паркинсона. *Неврологический журнал*. 2016;21(6):338–343. <https://doi.org/10.18821/1560-9545-2016-21-6-338-343>.
4. Nodel' MR, Danilova NN, Glozman ZhM, Jahno NN. Vzaimosvjaz' kognitivnyh i jemocional'no-affektivnyh narushenij u pacientov s bolezn'ju Parkinsona. *Nevrologicheskij zhurnal*. 2016;21(6):338–343. (In Russ.). <https://doi.org/10.18821/1560-9545-2016-21-6-338-343>.
5. Todorova A, Jenner P, Ray Chaudhuri K. Non-motor Parkinson's: integral to motor Parkinson's, yet often neglected. *Pract. Neurol*,

- 2014;14(5):310–322. <https://doi:10.1136/pract-neurol-2013-000741>.
5. Yang H, Kim Y, Yun J, et al. Identifying the Clusters within Nonmotor Manifestations in Early Parkinson's Disease by Using Unsupervised Cluster Analysis. *PLoS ONE*. 2014;9(3):e91906. <https://doi:10.1371/journal.pone.0091906>.
6. Zhang H, Gu Z, An J, et al. Non-Motor Symptoms in Treated and Untreated Chinese Patients with Early Parkinson's Disease. *Tohoku J. Exp. Med.* 2014;232(2):129–136. <https://doi:10.1620/tjem.232.129>.
7. Ravina B, Camicioli R, Como P, et al. The impact of depressive symptoms in early Parkinson disease. *Neurology*. 2007;69(4):342–347. <https://doi:10.1212/01.wnl.0000268695.63392.10>.
8. Левин ОС, Смоленцева ИГ, Иванов АК. Немоторные флуктуации при болезни Паркинсона. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*, 2010;3:90–95.
Levin OS, Smolenceva IG, Ivanov AK. Nemotornye fljukuacii pri bolezni Parkinsona. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2010;3:90–95. (In Russ.).
9. Pfeiffer R. Non-motor symptoms in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat. Disord.* 2016;22:119–122. <https://doi:10.1016/j.parkreldis.2015.09.004>.
10. Kuzis G, Sabe L, Tiberti C, et al. Cognitive Functions in Major Depression and Parkinson Disease. *Arch. Neurol.* 1997;54(8):982–986. <https://doi:10.1001/archneur.1997.00550200046009>.
11. Kehagia A, Barker R, Robbins T. Neuropsychological and clinical heterogeneity of cognitive impairment and dementia in patients with Parkinson's disease. *The Lancet. Neurology*. 2010;9(12):1200–1213. [https://doi:10.1016/s1474-4422\(10\)70212-x](https://doi:10.1016/s1474-4422(10)70212-x).
12. Pontone G, Bakker C, Chen S, et al. The longitudinal impact of depression on disability in Parkinson disease. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2015;31(5):458–465. <https://doi:10.1002/gps.4350>.
13. Hughes T, Ross H, Mindham R, Spokes E. Mortality in Parkinson's disease and its association with dementia and depression. *Acta Neurol. Scand.* 2004;110(2):118–123. <https://doi:10.1111/j.1600-0404.2004.00292.x>.
14. de Lau L, Verbaan D, Marinus J, van Hilten J. Survival in Parkinson's disease. Relation with motor and non-motor features. *Parkinsonism Relat. Disord.* 2014;20(6):613–616. <https://doi:10.1016/j.parkreldis.2014.02.030>.
15. Suzukamo Y, Ohbu S, Kondo T, et al. Psychological adjustment has a greater effect on health-related quality of life than on severity of disease in Parkinson's disease. *Movement Disorders*. 2006;21(6):761–766. <https://doi:10.1002/mds.20817>.
16. Нодель МР. Влияние нервно-психических нарушений на качество жизни пациентов с болезнью Паркинсона. *Неврологический журнал* 2015;1:20–25. <https://doi:10.18821/1560-9545-2015-20-1-20-27>.
- Nodel' MR. Vlijanie nervno-psihicheskikh narushenij na kachestvo zhizni pacientov s bolezni'ju Parkinsona. *Nevrologicheskij zhurnal*. 2015;1:20–25. (In Russ.). <https://doi:10.18821/1560-9545-2015-20-1-20-27>.
17. Parkinson J. An Essay on the Shaking Palsy. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2002;14(2):223–236. <https://doi:10.1176/jnp.14.2.223>.
18. Wilson S. Diseases of the Central Nervous System. *Oxford Medicine*. 1921;6.
19. Whitlock F. The Psychiatric Complications of Parkinson's Disease. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 1986;20(2):114–121. <https://doi:10.3109/00048678609161325>.
20. Patrick H, Levy D. Parkinson's disease: a clinical study of one hundred and forty-six cases. *Arch. Neurol. Psychiatry*. 1922;711–720.
21. Штернберг ЭЯ. Геронтологическая психиатрия. М.: Медицина, 1977;216.
Shternberg EYa. Gerontologicheskaya psichiatriya. М.: Медицина, 1977;216. (In Russ.).
22. Дюкова ГМ. Депрессии у неврологических больных пожилого возраста: диагностика и терапия. *Справочник поликлинического врача*. 2011;11:62–66.
Djukova GM. Depressii u nevrologicheskikh bol'nyh pozhilogo vozrasta: diagnostika i terapija. *Spravochnik poliklinicheskogo vracha*. 2011;11:62–66. (In Russ.).
23. Федорова НВ, Мирецкая АВ. Аффективные расстройства при болезни Паркинсона. *Психические расстройства в общей медицине*. 2009;02:36–39.
Fedorova NV, Mireckaja AV. Affektivnye rasstrojstva pri bolezni Parkinsona. *Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine*. 2009;02:36–39. (In Russ.).
24. Parant V. Paralysis agitans, insanity associated with. *Dictionary of Psychological Medicine*, D.H. Tuke. Churchill, London 1892;884–886.
25. Warburton J. Depressive symptoms in Parkinson patients referred for thalamotomy. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1967;30(4):368–370. <https://doi:10.1136/jnnp.30.4.368>.
26. Hamilton M. Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*. 1967;6(4):278–296. <https://doi:10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x>.
27. Тонконогий ИМ. Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС). Под ред. Ю.В. Микадзе. М.: Пер Сэ, 2010;69.
Tonkonogij IM. Kratkoe nejropsihologicheskoe obsledovanie kognitivnoj sfery (KNOKS). Pod red. Ju.V. Mikadze. М.: Per Sje, 2010;69. (In Russ.).
28. Folstein M, Folstein S, McHugh P. Mini-mental state. *J. Psychiatr. Res.* 1975;12(3):189–198. [https://doi:10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6).
29. Fahn S, Elton RL, UPDRS program members. Unified Parkinson's disease rating scale. In: Fahn S, Marsden CD, Goldstein M, Calne DB, eds. Recent Develop-

- ments in Parkinson's Disease. Vol. 2. Florham Park, NJ: Macmillan Healthcare Information, 1987:153–163.
30. Riedel O, Klotsche J, Spottke A, et al. Frequency of dementia, depression, and other neuropsychiatric symptoms in 1,449 outpatients with Parkinson's disease. *J. Neurol.* 2010;257(7):1073–1082. <https://doi.org/10.1007/s00415-010-5465-z>.
31. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, and others. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet.* 388:10053.
32. Thenganatt MA, Jankovic J. Parkinson Disease Subtypes. *JAMA Neurol.* 2014;71(4):499–504. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2013.6233>.
33. Hoops S, Nazem S, Siderowf AD. Validity of the MoCA and MMSE in the detection of MCI and dementia in Parkinson disease. *Neurology.* 2009;73(21):1738.LP-1745. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181c34b47>.
34. Смулевич АБ. Депрессии в клинической практике врачей общемедицинских специальностей. *Русский медицинский журнал.* 2011;19(9):597–600. Smulevich AB. Depressii v klinicheskoy praktike vrachej obshhemeditsinskih special'nostej. *Russkij medicinskij zhurnal.* 2011;19(9):597–600. (In Russ.).
35. Степанова ЕА, Андриященко АВ. Психотерапия депрессий при ишемической болезни сердца. *Психические расстройства в общей медицине.* 2010;(4):4–10. Stepanova EA., Andriushchenko AV. Psihofarmakoterapija depressij pri ishemicheskoy bolezni serdca. *Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine.* 2010;(4):4–10. (In Russ.).
36. Руководство по гериатрической психиатрии. Под ред. проф. С.И. Гавриловой. М.: Пульс, 2011;380. Rukovodstvo po geriatricheskoj psichiatrii. Pod red. prof. S.I. Gavrilovoj. M.: Pul's, 2011;380. (In Russ.).
37. McDonald W, Richard I, DeLong M. Prevalence, etiology, and treatment of depression in Parkinson's disease. *Biol. Psychiatry.* 2003;54(3):363–375. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(03\)00530-4](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00530-4).
38. Bieliauskas L, Glantz R. Depression type in Parkinson Disease. *J. Clin. Exp. Neuropsychol.* 1989;11(5):597–604. <https://doi.org/10.1080/01688638908400918>.
39. Marsh L. Depression and Parkinson's disease: current knowledge. *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* 2013;13(12):409. <https://doi.org/10.1007/s11910-013-0409-5>.
40. Starcevic V, Lipsitt DR. Hypochondriasis: Modern Perspectives on an Ancient Malady. Oxford University Press, USA;2001:202–222.
41. Brown R, Fernie B. Metacognitions, anxiety, and distress related to motor fluctuations in Parkinson's disease. *J. Psychosom. Res.* 2015;78(2):143–148. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.09.021>.
42. Захарчук ТА. Нозология депрессий у больных сахарным диабетом. *Психиатрия.* 2005;5(17):32–39. Zaharchuk TA. Nozologija depressij u bol'nyh saharnym diabetom. *Psychiatry.* 2005;5(17):32–39. (In Russ.).
43. Смулевич АБ. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. М.: МИА;2015. Smulevich AB. Depressii pri psikhicheskikh i somaticheskikh zabolevaniyakh. M.: MIA;2015. (In Russ.).
44. Голубев ВЛ. Депрессии при органических заболеваниях нервной системы. Депрессии в неврологической практике. М. МИА;1998;39–55. Golubev VL. Depressii pri organicheskikh zabolevaniyakh nervnoi sistemy. Depressii v nevrologicheskoi praktike. M. MIA;1998;39–55 (In Russ.).
45. Mayeux R, Stern Y, Rosen J, Leventhal J. Depression, intellectual impairment, and Parkinson disease. *Neurology.* 1981;31(6):645–645. <https://doi.org/10.1212/wnl.31.6.645>.
46. Shen C, Tsai S, Perng C, et al. Risk of Parkinson disease after depression: A nationwide population-based study. *Neurology.* 2013;81(17):1538–1544. <https://doi.org/10.1212/wnl.0b013e3182a956ad>.
47. Seritan A, Rienas C, Duong T, et al. Ages at Onset of Anxiety and Depressive Disorders in Parkinson's Disease. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2019. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.18090201>.
48. Myslobodsky M, Lalonde FM, Hicks L. Are Patients with Parkinson's Disease Suicidal? *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.* 2001;14(3):120–124. <https://doi.org/10.1177/089198870101400304>.
49. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim Care Companion. J. Clin. Psychiatry.* 2005;7(4):167–76. <https://doi.org/10.4088/pcc.v07n0405>.
50. Ehrt U, Brønneck K, Leentjens A, et al. Depressive symptom profile in Parkinson's disease: a comparison with depression in elderly patients without Parkinson's disease. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 2006;21(3):252–258. <https://doi.org/10.1002/gps.1456>.
51. Смулевич АБ, Дубницкая ЭБ. Депрессии в общемедицинской сети. *Психические расстройства в общей медицине.* 2010;01:4–12. Smulevich AB, Dubnickaja JeB. Depressii v obshhemeditsinskoj seti. *Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine.* 2010;01:4–12. (In Russ.).
52. Erdal KJ. Depressive symptom patterns in patients with Parkinson's disease and other older adults. *J. Clin. Psychol.* 2001;57(12):1559–1569. <https://doi.org/10.1002/jclp.1118>.
53. Merschedorf U, Berg D, Csoti I, et al. Psychopathological Symptoms of Depression in Parkinson's Disease Compared to Major Depression. *Psychopathology.* 2003;36(5):221–225. <https://doi.org/10.1159/000073446>.

Информация об авторах

Нийноя Ильмар Николас Веллович, аспирант, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия. ORCID 0000-0003-3088-4321

E-mail: niinoja.inv@gmail.com

Романов Дмитрий Владимирович, доктор медицинских наук, ФГБНУ НЦПЗ; профессор, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия. ORCID 0000-0002-1822-8973

E-mail: dm.v.romanov@mail.ru

Махмудова Гюльнара Жамидиновна, аспирант, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия. ORCID 0000-0002-9766-7084

E-mail: makhmudovagzh@mail.ru

Нодель Марина Романовна, доктор медицинских наук, профессор, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия. ORCID 0000-0003-2511-5560

E-mail: nodell_m@yahoo.com

Information about the authors

Ilmar Nikolas V. Niinoja, Postgraduate Student, Sechenov University, Moscow, Russia. ORCID 0000-0003-3088-4321

E-mail: niinoja.inv@gmail.com

Dmitry V. Romanov, PhD, MD, Dr. of Sci. (Med.), «Mental Health Research Centre»; Professor, Sechenov University, Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-1822-8973

E-mail: dm.v.romanov@mail.ru

Gulnara Zh. Makhmudova, Postgraduate Student, Sechenov University, Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-9766-7084

E-mail: makhmudovagzh@mail.ru

Marina R. Nodel, PhD, MD, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, Sechenov University, Moscow, Russia. ORCID 0000-0003-2511-5560

E-mail: nodell_m@yahoo.com

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Нийноя Ильмар Николас Веллович/Ilmar Nikolas V. Niinoja

E-mail: niinoja.inv@gmail.com

Дата поступления 11.08.2019

Date of receipt 11.08.2019

Дата принятия 10.09.2019

Accepted for publication 10.09.2019

Юношеский эндогенный приступообразный психоз с бредовыми идеями религиозного содержания: особенности психопатологии и клиники

Романенко Н.В., Попович У.О.
ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

ОРИГИНАЛЬНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

Резюме

Цель исследования: выявить психопатологические особенности, условия формирования, особенности течения юношеского эндогенного приступообразного психоза с бредовыми идеями религиозного содержания. **Пациенты и методы:** клинико-психопатологическим, клинико-катamnестическим и психометрическим методами обследовано 95 больных (62 мужчины и 33 женщины), перенесших в юношеском возрасте (16–25 лет) психотический приступ с бредовыми идеями религиозного содержания в структуре эндогенного приступообразного психоза (F20, F25 по МКБ-10). Из них клиническую группу составили 53 больных (37 мужчин и 16 женщин), катamnестическую группу — 42 больных (25 мужчин и 17 женщин). Средняя продолжительность катamnеза составила $7,4 \pm 2,3$ года. **Результаты:** выявлены особенности, характерные для течения эндогенного приступообразного психоза с религиозной бредовой фабулой, в структуре первого приступа с учетом специфики юношеского возраста, роли бредовых идей религиозного содержания для дальнейшего течения заболевания, а также варианты исхода заболевания. Установлено, что после перенесенного психотического приступа с религиозным бредом чаще всего отмечалось сохранение резидуальных бредовых и психопатоподобных расстройств с религиозным содержанием. Показана возможность формирования патологической религиозности, сохранение или формирование традиционной религиозности, а также полная редукция религиозных идей у больных, индифферентных к вопросам религии до манифестации болезни. **Выводы:** наличие в структуре психотического приступа бредовых идей бесоодержимости является прогностически неблагоприятным признаком.

Ключевые слова: религиозный бред; религиозность; юношеский возраст; шизофрения; шизоаффективный психоз.

Для цитирования: Романенко Н.В., Попович У.О. Юношеский эндогенный приступообразный психоз с бредовыми идеями религиозного содержания: особенности психопатологии и клиники. *Психиатрия*. 2019;17(4):49–56. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-49-56>.

Конфликт интересов отсутствует

Juvenile Attack-Like Endogenous Psychosis with Religious Delusion: Psychopathology and Clinical Features

Romanenko N.V., Popovich U.O.
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

RESEARCH

Summary

Aim of the study: to identify clinical and psychopathological features, conditions of formation and the course of juvenile endogenous psychoses with a religious delusion. **Patients and methods:** 95 patients (62 male and 33 female) aged 16 to 25 years with diagnosis of attack-like psychosis with religious delusions were examined (F20, F25 according to ICD-10). Clinical, psychopathological, clinical-follow-up and psychometric methods were used. 53 patients (37 male and 16 female) were included in clinical group and 42 (25 male and 17 female) made up follow-up group (mean follow-up period $7,4 \pm 2,3$ years). **Results:** the formation of residual delusions with religious content and personality disorders is noted with greater frequency after a psychotic episode with a religious delusions. It was possible preservation or formation, in the case of its absence before the onset of the disease, of traditional religiosity, as well as complete reduction of the religious worldview at the stage of remission in patients who was not interested in religion before the manifestation of psychosis. **Conclusion:** the demon obsession delusion in psychotic episode is unfavorable prognostic factor.

Keywords: religious delusions; religiosity; juvenile age; schizophrenia; schizoaffective psychosis.

For citation: Romanenko N.V., Popovich U.O. Juvenile Attack-Like Endogenous Psychosis with Religious Delusion: Psychopathology and Clinical Features. *Psychiatry*. 2019;17(4):49–56. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-49-56>.

There is no conflict of interest

социальной и трудовой адаптации, сужением круга интересов (SANS более 40 баллов и PSP 1–60 баллов). Эти различия были статистически значимыми (см. табл. 2).

Исходя из представленных данных, можно заключить, что в прогностическом плане наименее благоприятными являются психотические приступы с бредом бесоодержимости, при которых выявляются самые низкие показатели по обеим шкалам и в сфере социально-трудовой адаптации, тогда как наибольший потенциал к становлению привычного образа жизни и высокому уровню адаптации в учебно-трудовой области наблюдается в группах с доминированием острого чувственного бреда (религиозный онейроид и антагонистический и мессианский бред).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования получены новые данные об особенностях течения эндогенных приступообразных психозов с психотическими присту-

пами религиозно-мистического содержания. Выявлено, что наличие бредовых идей религиозного содержания в структуре психотического приступа имеет прогностическое значение для дальнейшего развития заболевания. Установлено, что в большинстве случаев после перенесенного приступа отмечается формирование резидуальных бредовых и сверхценных расстройств с патологической религиозностью. При этом возможно сохранение или формирование, в случае ее отсутствия до начала заболевания, традиционной религиозности, способствующей принятию пациентом его заболевания, или же полная редукция религиозного мировоззрения после перенесенного психотического приступа у больных, не проявлявших интереса к данной сфере до манифестации болезни. Обнаружено, что наиболее благоприятными в прогностическом плане являются психотические приступы с онейроидными состояниями и бредом антагонистического и мессианского содержания, тогда как наименее благоприятными оказались приступы с бредовыми идеями бесоодержимости.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Мелехов ДЕ. Психиатрия и проблемы духовной жизни. *Синапс*. 1991;1:47–55.
Melekhov DE. Psikhatriya i problemy dukhovnoy zhizni. *Sinaps*. 1991;1:47–55. (In Russ.).
2. Mohr S, Borrás L, Betrisey C, et al. Delusions with religious content in patients with psychosis: how they interact with spiritual coping. *Psychiatry*. 2010;73(2):158–172. <https://DOI:10.1521/pysc.2010.73.2.158>.
3. Копейко ГИ, Борисова ОА, Казьмина ОЮ. Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных. *Психиатрия*. 2016;72(2):40–49.
Koreyko GI, Borisova OA, Kaz'mina OYu. Religious coping strategies in rehabilitation of the mentally ill. *Psychiatry*. 2016;72(2):40–49. (In Russ.).
4. Пашковский ВЭ. Психопатологические аспекты религиозно-архаического бреда. *Психическое здоровье*. 2010;7:77–84.
Pashkovskiy VE. Psychopathological aspects of archaic religious delusion. *Psikhicheskoe zdorov'e*. 2010;7:77–84. (In Russ.).
5. Каледа ВГ, Попович УО. Религиозный бред при юношеском приступообразном психозе. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2017;117(12):13–20.
Kaleda VG, Popovich UO. Endogenous episodes of juvenile psychosis with religious delusions. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2017;117(12):13–20. (In Russ.).
6. Bhavsar V, Bhugra D. Religious delusions: finding meanings in psychosis. *Psychopathology*. 2008;41(3):165–172. <https://DOI:10.1159/000115954>.
7. Pfeifer S, Waelty U. Psychopathology and religious commitment: a controlled study. *Psychopathology*. 1995;28(2):70–77. <https://DOI:10.1159/000284903>.
8. Kim–Spoon J. Parent-adolescent relationship quality as a moderator for the influences of parents' religiousness on adolescents' religiousness and adjustment. *J. Youth Adolesc*. 2012;41(12):1576–1587. <https://DOI:10.1007/s10964-012-9796-1>.
9. Тиганов АС. Психиатрия: Руководство для врачей. В двух томах. М.: ОАО «Издательство «Медицина»; 2012.
Tiganov AS. Psikhatriya: Rukovodstvo dlya vrachey. V dvukh tomakh. M.: OAO «Izdatel'stvo «Medicina»; 2012. (In Russ.).
10. Двойнин АМ. Психологические особенности религиозной личности, влияющие на реабилитационную работу с больными, страдающими психическими расстройствами. *Психиатрия*. 2016;72(2):50–54.
Dvoynin AM. Psychological peculiarities of the religious personality, which influence on rehabilitation work for mentally disordered individuals. *Psychiatry*. 2016;72(02):50–54. (In Russ.).
11. Arterburn S, Felton J. Toxic Faith: experiencing healing over painful spiritual abuse. Colorado Springs: WaterBrook Press, 2004.
12. Баскакова СА. Современные представления о способах совладания с психическими расстройствами. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010;2:88–96.
Baskakova SA. Current ideas concerning coping in mental disorders. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*. 2010;2:88–96. (In Russ.).
13. Воскресенский БА. Некоторые аспекты проблемы «религиозность и психические расстройства». В сб. «Религиозность и клиническая психиатрия». 2017:124–129.
Voskresenskiy BA. Nekotorye aspekty problemy «religioznost' i psikhicheskie rasstroystva».

- V sb. «Religioznost' i klinicheskaya psikhatriya». 2017:124–129. (In Russ.).
14. Siddle R, Haddock G, Tarrier N, Faragher EB. Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2002;37:130–138.
 15. Кондратьев ФВ. Религиозность психически больного — методологические проблемы ее понимания. В сб. «Религиозность и клиническая психиатрия». 2017:175–180.
Kondrat'ev FV. Religioznost' psikhicheski bol'no-go — metodologicheskie problemy ee ponimaniya. V sb. «Religioznost' i klinicheskaya psikhatriya». 2017:175–180. (In Russ.).
 16. Бровченко КЮ. Особенности религиозного поведения у больных шизофренией с религиозно-мистическими переживаниями. В сб. «Религиозность и клиническая психиатрия». 2017:120–124.
Brovchenko KYu. Osobennosti religioznogo povedeniya u bol'nykh shizofreniey s religiozno-misticheskimi perezhivaniyami. V sb. «Religioznost' i klinicheskaya psikhatriya». 2017:120–124. (In Russ.).
 17. Vie J. La vieillesse des dements precoce. *Ann. Med. Psychol.* 1935;15(2):190.
 18. Ястребов ВС. О некоторых вариантах поздних ремиссий при приступообразно-прогредиентной (шубообразной) шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 1973;1:66–70.
Yastrebov VS. O nekotorykh variantakh pozdnikh remissiy pri pristupoobrazno-progredientnoy (shu-boobraznoy) shizofrenii. *Zhurnal nevropatologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova.* 1973;1:66–70. (In Russ.).
 19. Смулевич АБ, Дубницкая ЭБ, Павлова ЛК и др. Клиника, систематика и терапия ремиссий при шизофрении. *Психиатрия.* 2008;32(2):7–15.
Smulevich AB, Dubnitskaya AB, Pavlova LK, et al. Klinika, sistematika i terapiya pri shizofrenii. *Psychiatry.* 2008;32(2):7–15. (In Russ.).
 20. Голубев СА, Каледа ВГ. Типологические варианты, определяющие клинко-психопатологическую картину юношеской шизофрении на этапе отдаленного катамнеза. В сб. «Религиозность и клиническая психиатрия». 2017:81–84.
Golubev SA, Kaleda VG. Tipologicheskie varianty, opredelyayushchie kliniko-psihopatologicheskuyu kartinu yunosheskoй shizofrenii na etape otdalennogo katamneza. V sb. «Religioznost' i klinicheskaya psikhatriya». 2017:81–84. (In Russ.).

Информация об авторах

Романенко Надежда Владиславовна, врач-психиатр, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. <https://orcid.org/0000-0001-6393-9494>

E-mail: nadiya-1106@rambler.ru

Попович Ульяна Олеговна, кандидат медицинских наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. <https://orcid.org/0000-0002-0400-3220>

E-mail: uo_popovich@mail.ru

Information about the authors

Nadezhda V. Romanenko, Psychiatrist, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. <https://orcid.org/0000-0001-6393-9494>

E-mail: nadiya-1106@rambler.ru

Ulyana O. Popovich, PhD, MD, Cand. of Sci. (Med.), «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. <https://orcid.org/0000-0002-0400-3220>

E-mail: uo_popovich@mail.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Романенко Надежда Владиславовна/Nadezhda V. Romanenko

E-mail: nadiya-1106@rambler.ru

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-57-64>

УДК 616.89; 616.895.8

Психопатологические особенности становления ремиссии после первого психотического приступа в юношеском возрасте

Тихонов Д.В.
ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

ОРИГИНАЛЬНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

Резюме

Цель исследования: выявление клинко-патогенетических особенностей становления ремиссии после первого психотического приступа в юношеском возрасте, разработка критериев прогноза дальнейшего течения заболевания. **Пациенты:** 56 пациентов мужского пола юношеского возраста, перенёвших первый приступ психоза, удовлетворяющий критериям диагноза шизофрении (F20) или шизоаффективного психоза (F25) по МКБ-10. **Методы:** клинко-психопатологический, клинко-динамический (длительность наблюдения до 3 лет). **Результаты:** выделено 3 этапа становления ремиссии после перенесенного в юношеском возрасте манифестного психотического приступа: (1) этап редукции и модификации ведущей психотической симптоматики; (2) этап стабилизации психических функций; (3) этап реинтеграции психических функций. Проведенное проспективное исследование позволило выделить 4 варианта этапа стабилизации психических функций. Доля пациентов с установившейся ремиссией составляет 77% (43 наблюдения). **Заключение:** наибольшее прогностическое значение имеют непосредственно постприступные феномены, такие как постпсихотическая депрессия, резидуальные психопатологические симптомы, невротоподобные и дефицитарные расстройства.

Ключевые слова: первый психотический эпизод; ремиссия; этапы становления ремиссии; юношеский возраст; постпсихотическая депрессия.

Для цитирования: Тихонов Д.В. Психопатологические особенности становления ремиссии после первого психотического приступа в юношеском возрасте. *Психиатрия*. 2019;17(4):57–64. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-57-64>.

Конфликт интересов отсутствует

Psychopathological Features of Remission Formation after a First Psychotic Episode in Adolescence

Tikhonov D.V.
FBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

RESEARCH

Summary

Aims of the study: the identification the clinical features and pathogenetic patterns of remission formation after a first psychotic episode in adolescence, the development of prediction criteria for the future course of the disease. **Patients:** 56 male patients aged 16–25 years who have had a manifest endogenous psychotic attack that meets the criteria of schizophrenia (F20) or schizoaffective psychosis (F 25) according to ICD-10. **Methods:** psychopathological, dynamic observation (observation time up to 3 years). **Results:** three stages of remission formation after suffering a first psychotic attack in adolescence were highlighted: (1) reduction and modification of the leading psychotic symptoms; (2) stabilization of mental functions; (3) the stage of reintegration of mental functions. A prospective study allowed us to identify four variants of stabilization of mental functions. It was found that the proportion of patients with established remission was 77%. **Conclusion:** the most significant predictive phenomena are postpsychotic depression, residual psychopathological symptoms, pseudoneurotic and deficitaire disorders.

Keywords: first psychotic episode; remission; stages of remission formation; adolescence; postpsychotic depression.

For citation: Tikhonov DV. Psychopathological Features of Remission Formation after a First Psychotic Episode in Adolescence. *Psychiatry*. 2019;17(4):57–64. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-57-64>.

There is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

Проблема психотических расстройств, манифестирующих в юношеском возрасте, многие годы остается в центре внимания исследователей [1–3]. Своеобразие течения болезни, обусловленное незавершенностью

формирования физиологических систем в этом возрасте [4] и незрелостью психики, высокая социальная значимость последствий заболевания, таких как выпадение личности из социума [5, 6], суицидальный риск [7], снижение когнитивных способностей в раннем

возрасте [8, 9], позволяют считать манифестные юношеские психозы одной из актуальных проблем современной психиатрии. Выделены и подробно описаны разнообразные варианты течения острых психотических состояний [10, 11], особенности дефицитарных расстройств на начальных этапах юношеского эндогенного приступообразного психоза [12]. Ряд работ посвящен оценке качества и типологии устоявшейся ремиссии [13, 14]. При достаточной изученности непосредственно психотических приступов [15], процесс формирования ремиссии после перенесенного психотического состояния изучен фрагментарно, оставляя множество вопросов нерешенными. В большинстве исследований качество ремиссии оценивается ретроспективно [16, 17].

Настоящее исследование посвящено результатам проспективного наблюдения за больными юношеского возраста — от манифестации эндогенного психоза до этапа становления ремиссии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление клинко-психопатологических особенностей становления ремиссии после перенесенного первого психотического приступа в юношеском возрасте; определение клинко-патогенетических закономерностей и критериев прогноза дальнейшего течения заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 56 пациентов мужского пола юношеского возраста (16–25 лет), перенесших манифестный эндогенный психотический приступ (F20, F25). Пациенты обследовались на высоте психотического состояния и в дальнейшем в течение 3 лет до момента полной редукции либо значимого послабления психотической симптоматики. Обследования производились как во время стационарного, так и амбулаторного лечения в отделе юношеской психиатрии (заведующий отделом доктор медицинских наук В.Г. Каледа) ФГБНУ НЦПЗ (директор проф. Т.П. Ключник) в 2014–2019 гг. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в обследовании и динамическом наблюдении. Проведенное исследование соответствовало принципам и положениям Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г. и одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ.

Критериями включения были юношеский возраст, манифестное острое психотическое состояние, удовлетворяющее критериям диагноза шизофрении (F20) или шизоаффективного психоза (F 25) по МКБ-10. Критериями невключения являлись соматические, неврологические и психические заболевания, затрудняющие исследование.

Наиболее часто (25 больных; 44,64%) первый приступ имел аффективно-бредовую структуру с доминированием острого чувственного бреда, развившегося

на фоне отчетливого депрессивного либо маниакального аффекта. В 18 случаях (32,14%) приступы имели галлюцинаторно-бредовую структуру с преобладанием интерпретативного бреда с вербальными обманами восприятия, отчетливым психотическим аффектом, резко выраженными кататоническими расстройствами обоих полюсов. На первый план выступали проявления симптома Кандинского–Клерамбо с бредовыми идеями преследования и воздействия. У 13 больных (23,22%) в структуре приступа преобладали кататонические расстройства преимущественно гипокинетического полюса с заторможенностью, негативизмом, доходящим до уровня мутизма и отказа от приема пищи, с дезорганизацией психической деятельности и явлениями онейризма. В отдельных случаях возникали эпизоды психомоторного возбуждения. Кататоническими расстройствами сопутствовали малосистематизированные бредовые идеи, зачастую примитивные, инфантильные по содержанию, а также вербальные обманы восприятия (табл. 1).

Большинство представителей изучаемой группы учились в вузе либо завершили высшее образование.

Большая часть больных выборки обнаруживала высокий уровень социально-трудовой адаптации. При оценке конституционально-личностной структуры выявлено преобладание шизоидных черт (32 больных; 57,1%).

Инициальный этап психоза у 39 больных (71%) характеризовался тимопатическими расстройствами с преобладанием тревоги, чувства внутренней напряженности, нарастанием аттенуированной психотической симптоматики, в последующем преформированной в психические расстройства, определяющие клиническую картину психоза. Подобные состояния развивались исподволь и длились около 4–6 мес. В 16 наблюдениях (29%) инициальный этап был коротким, не более 1,5–2 нед., а острые психотические расстройства формировались по типу «внезапного озарения».

Средний возраст манифестации психоза составил $19,8 \pm 2,5$ года. В большинстве наблюдений (36; 64,3%) первый приступ развился аутохтонно. Следует отметить, что у четверти больных психотическое состояние манифестировало после начала употребления ПАВ.

В настоящей статье представлены результаты проспективного изучения психопатологических особенностей становления ремиссии после манифестного психотического приступа, перенесенного в юношеском возрасте.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования выделено 3 этапа становления ремиссии: (1) этап редукции и модификации психотических расстройств, (2) этап стабилизации психических функций, (3) этап реинтеграции психических функций (рис. 1).

Первый этап становления ремиссии, или этап редукции и модификации ведущей психотической

Таблица 1. Социально-трудовая характеристика больных и особенности доманифестного этапа при разных типах психоза**Table 1.** Social and labor characteristics of patients and features of the preclinical stage in various type of psychosis

Параметры/Parameters		Тип первого приступа/type of first psychosis							
		Аффективно-бредовой/Affective-delusional		Галлюцинаторно-бредовой/Hallucination and delusion		Кататонно-бредовой/Catatonia and delusion		Итого/Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Всего больных		25	44,64	18	32,14	13	23,22	56	100,00
Полученное образование/Education									
Неполное среднее		0	0,00	2	3,57	0	0,00	2	3,57
Полное среднее		5	8,93	3	5,36	4	7,14	12	21,43
Специальное среднее		3	5,36	4	7,14	2	3,57	9	16,07
Неоконченное высшее		12	21,43	5	8,93	2	3,57	19	33,93
Высшее		5	8,93	4	7,14	5	8,93	14	25,00
Социально-трудовой статус/Social state and employment									
Не работает, не учится		0	0,00	2	3,57	2	3,57	4	7,14
Учащийся школы		0	0,00	2	3,57	0	0,00	2	3,57
Студент техникума/колледжа		3	5,36	3	5,36	4	7,14	10	17,86
Студент вуза		9	16,07	3	5,36	2	3,57	14	25,00
Неквалифицированный труд		8	14,29	1	1,79	2	3,57	11	19,64
Специалист со средним образованием		2	3,57	5	8,93	0	0,00	7	12,50
Специалист с высшим образованием		3	5,36	2	3,57	3	5,36	8	14,29
Характер преморбиды/Premorbid personality									
Гипертимные		5	8,93	3	5,36	1	1,79	9	16,07
Шизоиды	Стеничные	3	5,36	2	3,57	3	5,36	8	14,29
	Сензитивные	6	10,71	5	8,93	2	3,57	13	23,21
	Истерошизоидные	2	3,57	2	3,57	2	3,57	6	10,71
	Дефицитарные	1	1,79	2	3,57	2	3,57	5	8,93
	Всего шизоиды	12	21,43	11	19,64	9	16,07	32	57,14
Эмоционально-неустойчивые		4	7,14	1	1,79	1	1,79	6	10,71
Паранойальные		2	3,57	1	1,79	1	1,79	4	7,14
Психастенический		2	3,57	2	3,57	1	1,79	5	8,93
Характеристика инициального этапа/Initial stage									
Неврозоподобный		0	0,00	1	1,79	1	1,79	2	3,57
Психопатоподобный		5	8,93	4	7,14	1	1,79	9	16,07
Паранойальный		2	3,57	2	3,57	1	1,79	5	8,93
Тимопатический		19	33,93	14	25,00	7	12,50	40	71,43
Экзогенные провоцирующие факторы/Exogenous factors									
Отсутствие		17	30,36	10	17,86	9	16,07	36	64,29
Психогении		2	3,57	1	1,79	1	1,79	4	7,14
Соматогении		1	1,79	2	3,57	0	0,00	3	5,36
Употребление ПАВ		5	8,93	5	8,93	3	5,36	13	23,21

симптоматики, определялся снижением уровня дезорганизации психики и постепенным угасанием приступообразующих психотических феноменов. У 21 больного (37,8%) редукция психотической симптоматики происходила равномерно, у 35 (62,2%) — имела альтернирующий характер. При отсутствии адекватного признания пациентами болезненности своего состояния снижалась интенсивность ощущения актуальности и эмоциональной значимости психотических переживаний. С течением времени начинало формироваться рациональное отношение к болезни с формальным толкованием особенностей состояния. При этом формирование критики сочеталось как с продуктивной симптоматикой (остаточными нарушениями мышления, обманами восприятия), так и с проявлением негатив-

ных расстройств, что затрудняло адекватную оценку больными своего состояния и вызывало амбивалентное отношение к необходимости лечения. Средняя продолжительность этого этапа составила $32 \pm 6,4$ дня.

Второй этап становления ремиссии, или этап стабилизации психических функций, определялся деструкцией приступообразующих феноменов, появлением постпсихотических аффективных и неврозоподобных расстройств на фоне дефицитарной и резидуальной психотической симптоматики. В зависимости от преобладающей симптоматики выделено 4 варианта течения второго этапа.

I вариант, с преобладанием аффективных расстройств (34 больных; 60,7%), характеризовался появлением расстройств депрессивного спектра,

развившихся вскоре после редукции приступообразующей симптоматики и неконгруэнтных ей. Выявлено два типа постпсихотических депрессий: с позитивной и негативной аффективностью.

При возникновении *депрессивных расстройств с позитивной аффективностью* (16 больных; 28,6%) на первый план выступало стойкое снижение настроения с чувством тоски, утратой прежней продуктивности, неспособностью испытывать яркие эмоции. Обращали на себя внимание гипертрофированные тревожные реакции с формированием реактивных идей малоценности, бесперспективности, доходившие до уровня тревожной ажитации с появлением суицидальных мыслей. Больные ощущали себя беспомощными, тяготились зависимостью от родных и близких, неспособностью активно включиться в учебу, работу. Окружающий мир воспринимался пациентами серым, мрачным, тусклым. Тяготясь снижением работоспособности, молодые люди в тоже время оставались безынициативными, пассивными, не видели смысла в борьбе за выздоровление, ожидая скорого рецидива или считая текущее состояние необратимым. Особую опасность представляли возникающие на высоте депрессивного аффекта антивита́льные идеи, выявленные у 12 пациентов (75%) данной подгруппы. Эти размышления имели драматическую окраску и были связаны со страхом полной потери социальных контактов, интеллектуального и эмоционального снижения, инвалидности. Длительность данного этапа составляла 47 ± 11 дней.

Постпсихотические депрессии с негативной аффективностью были отмечены в 18 случаях (32,1%). Спектр нарушений в этой подгруппе простирался от

астенических (7 больных; 38%) с психоэмоциональной хрупкостью, лабильностью и быстрой истощаемостью, тревожно-ипохондрическими реакциями, явлениями «моральной ипохондрии» до апатических состояний (11 больных; 62%), представленных слабостью побуждений, аффективной уплощенностью, ангедонией, пассивностью вплоть до полного равнодушия к окружающему. Для этих больных было характерно избегающее поведение с реакциями отказа и раздражительной слабостью. Доминировал сниженный фон настроения с преобладанием пассивности, безразличия к происходящему вокруг. Данные расстройства в последующем редуцировались лишь отчасти, в значительной мере амальгамируясь с личностными изменениями. Подобные депрессивные эпизоды имели склонность к затяжному (до 10 мес.) течению, значительно превышающему длительность острого периода психотических расстройств. Изменялся характер взаимоотношений больных с окружающим миром: формировалось пессимистическое мировоззрение с нарастающим эгоцентризмом, стремлением оберегать себя от возможных стрессов и любых нагрузок. 47% больных данной группы в течение года так и не приступили к обучению/труду, предпочитая проводить время за необременительными занятиями. Данные расстройства отчетливо снижали эффективность реабилитационных мер, препятствовали реинтеграции пациентов в социум, приводили к необходимости перехода на домашнее обучение, оформления академических отпусков, увольнению с работы. Длительность данного этапа составляла $10 \pm 2,3$ мес.

II вариант этапа стабилизации определялся преобладанием резидуальных психотических расстройств

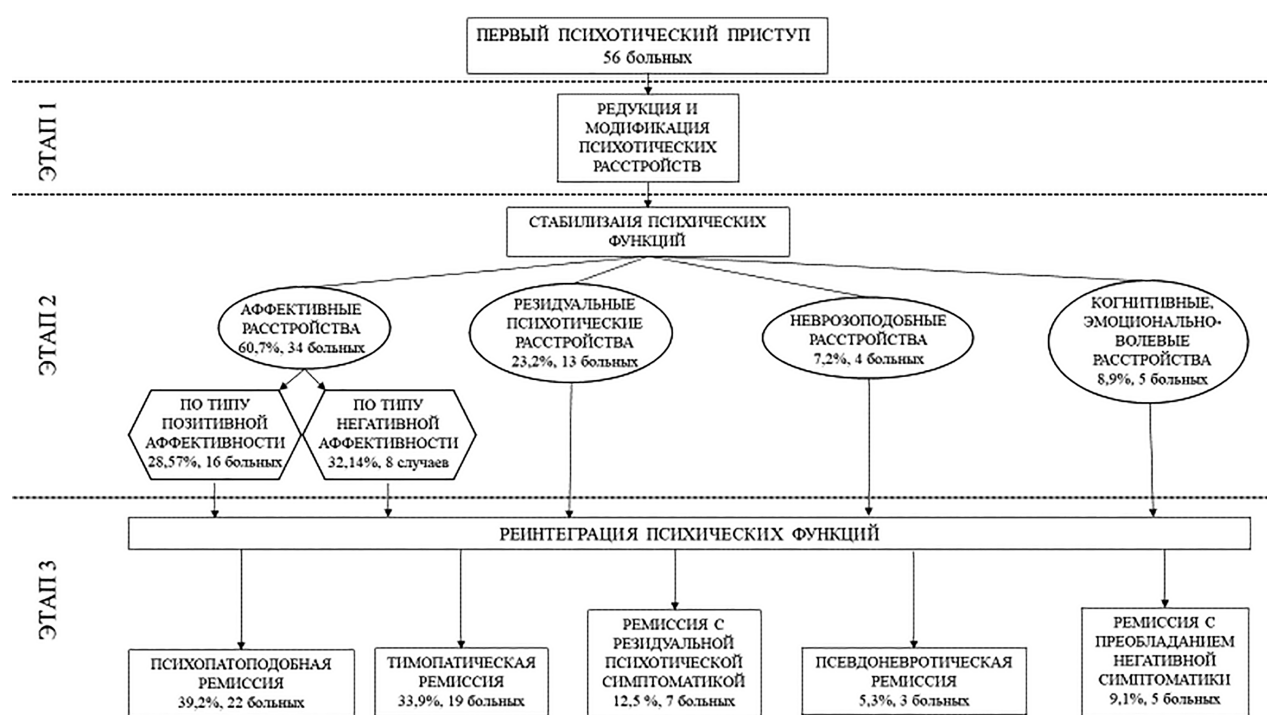


Рис. 1. Этапы становления ремиссии после первого психотического приступа в юношеском возрасте

Fig. 1. Stages of remission formation after the first psychotic episode in adolescents

(13 больных; 23,2%), входивших в структуру острого приступа. Потеряв актуальность, субпсихотические расстройства продолжали влиять на особенности поведения и образ жизни больных. При этом типе становления ремиссии после довольно быстрого снижения интенсивности бредовых и галлюцинаторных расстройств их полная редукция была значительно замедлена и неравномерна. Моменты формирования частичной критики чередовались с кратковременными эпизодами полной ее утраты на высоте актуализации психотических переживаний. Остаточные психопатологические феномены были представлены резидуальными ретроспективными бредовыми идеями и вербальными обманами восприятия, носящими эпизодический, зачастую функциональный характер. Слуховые обманы восприятия носили отрывочный комментирующий характер. Несмотря на наличие формальной критики, пациенты оставались напряженными и подозрительными. После редукции ведущей психотической симптоматики больные стремились вернуться к привычному образу жизни, при этом часто сталкивались с проблемами адаптации из-за сохранения идей отношения, особого значения, ущерба. Сопутствующие постпсихотическому состоянию астенические расстройства, нарушения концентрации внимания они приписывали необходимости сохранять бдительность, внимательно отслеживать поступки окружающих. На первый план, помимо субпсихотической симптоматики, у больных выходили снижение психоэмоциональной устойчивости, повышенная утомляемость, заострение личностных черт. Длительность данного этапа составляла $5 \pm 1,4$ мес.

III вариант этапа стабилизации отличался преобладанием неврозоподобных расстройств (4 больных; 7,2%), формированием различного рода навязчивых движений и мыслей, изолированных фобий: страха темноты, одиночества, реальных и фантастических объектов, периодическими вегетососудистыми нарушениями с выраженным дизэнцефальным компонентом. Обсессии носили преимущественно идеаторный, абстрактный характер, отличались нелепостью содержания и устойчивостью к медикаментозной терапии. Следует отметить высокий уровень социальной дезадаптации больных с такой симптоматикой. Длительность данного этапа составляла $9 \pm 1,3$ мес.

IV вариант этапа стабилизации (5 больных; 8,9%) определялся выраженными когнитивными и эмоционально-волевыми расстройствами. На первый план выступали нарушения подвижности психических процессов, снижение интеллектуальной работоспособности, нарушение избирательности и устойчивости внимания, трудности сосредоточения, усвоения и переработки информации, формулировании собственных мыслей. Становились отчетливыми инфантильные черты с зависимостью от родных при утрате симпатии к ним, формированием «рационального, потребительского» отношения к близким. Во взаимоотношениях с окружающими нарастали иждивенческие тенденции. При этом варианте, наряду с чертами психического инфан-

тизма, отмечалось снижение психической активности, сужение круга интересов, происходило обеднение «эмоционального резонанса», погруженность во внутренние переживания и фантазии, отгороженность в поведении. Расстройства мышления характеризовала низкая степень когнитивной структурированности, избирательность восприятия мира, разрушение целостности основных психических процессов. Формировалось ущербное, болезненно искаженное представление об окружающем мире и себе: больные выбирали способы взаимодействия с миром, приводившие к ошибкам, конфликтам с окружающими. Эти расстройства становились все более очевидными по мере редукции продуктивных психотических расстройств, в первую очередь обманов восприятия и дезактуализации ведущих бредовых идей. При этом сохранялись ярко выраженные аффективные колебания, на высоте которых вышеописанная симптоматика на непродолжительное время проявлялась вновь. Однако в целом на этом этапе становления ремиссии на первый план выступали заторможенность и нарастающая аутизация, потеря интереса к какой-либо деятельности, аффективная уплощенность, эмоциональная нивелировка с равнодушным отношением к окружающим, выраженные когнитивные нарушения с неспособностью усваивать новую информацию. После перенесенного приступа утрачивались прежние интересы, деятельность больных сводилась к монотонной активности, удовлетворению примитивных потребностей. Больные не смогли полноценно продолжить обучение, были вынуждены оставить учебные заведения. Длительность данного этапа составляла $8 \pm 1,7$ мес.

Следует отметить, что на втором этапе становления ремиссии у большинства больных (41 случай; 73%) были отмечены кратковременные депрессивные состояния по типу «депрессии осознания болезни». Данные состояния носили кратковременный (до двух недель) характер и определялись гипернозогнозией. Больные осознавали болезненный характер охвативших их переживаний, хрупкость своей психики, погружались в размышления о возможных рецидивах и вытекающей из этого собственной несостоятельности и беспомощности. Данные состояния успешно купировались с помощью психотерапевтического воздействия.

Третий этап становления ремиссии — этап реинтеграции психических функций. Ключевым для этого этапа было формирование сочетания негативных расстройств с сохранившимися личностными ресурсами, что во многом определяло постприступный уровень социальной и трудовой реадaptации больного. На данном этапе заканчивался процесс «дозревания» ремиссии и после того, как был достигнут максимум использования адаптационных ресурсов личности, отмечалось изменение психической сферы, дающее возможность охарактеризовать целостную картину ремиссии.

Возникающие на этом этапе психопатологические явления, такие как аффективные колебания, транзиторная субпсихотическая симптоматика,

неврозоподобные расстройства, постприступные расстройства личности определяли картину установившейся ремиссии.

Картина ремиссий с преобладанием негативной симптоматики (5 больных; 9,1%), резидуальных психотических расстройств (7 больных; 12,5%), неврозоподобных расстройств (3 больных; 5,3%) по своей сути схожа с соответствующими вариантами второго этапа становления ремиссии. После того, как адаптационные ресурсы исчерпывали себя, интенсивность симптоматики снижалась, тем не менее расстройства не редуцировались в полной мере, значительно влияя на качество и образ жизни больных. Стоит отметить, что 24 больных (43,0%) в течение года после установления ремиссии с редуцированной психотической симптоматикой перенесли повторные психозы. Тимопатические ремиссии (19 больных; 33,9%) характеризовались как аффективной лабильностью с частыми аутохтонными колебаниями настроения, так и устойчивой дистимией с элементами ангедонии, формированием пессимистического взгляда на жизнь, ухудшением концентрации внимания, отсутствием побуждений к активности. Картина ремиссий с преобладанием психопатоподобных расстройств (22 больных; 39,2%) определялась появлением личностных черт, ранее не свойственных больным, либо заострением уже имевшихся черт до уровня утрированных, гротескных.

Подводя итоги, необходимо отметить, что в течение 3 лет после возникновения манифестного психотического состояния 43 больных (77%) смогли в полной мере вернуться к прежнему образу жизни; 11 больных (20%) были вынуждены избегать высоких психоэмоциональных нагрузок, заниматься деятельностью, не требующей высокой концентрации внимания. У 2 больных (3%) по заключению МСЭ была выявлена стойкая утрата трудоспособности.

Следует отметить особенности, привносимые в картину болезни возрастным фактором. Юношеским возрастом и связанной с ним незавершенностью формирования психики определялись полиморфизм

и незавершенность психотической симптоматики, высокая выраженность когнитивных расстройств. Юноши были склонны с большей критичностью относиться к эмоционально-волевым и когнитивно-мнестическим нарушениям, чем к проявлениям продуктивных психотических расстройств. Черты инфантилизма, подростковой протестности, сочетающейся с зависимостью от общественного мнения, определяли высокую подверженность процессам стигматизации, частоту возникновения антивитаальных размышлений и суицидальных мыслей. Больные значительно переоценивали свои личностные ресурсы, стремились как можно раньше прервать прием психофармакотерапии — 27 больных (48,6%) хотя бы раз самостоятельно прекращали прием медикаментов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках проведенного многолетнего проспективного исследования была отслежена динамика становления ремиссии после перенесенного первого психотического приступа с выявления характеристик, позволяющих прогнозировать качество формирующейся ремиссии и уровень социально-трудовой адаптации после выхода из психотического состояния. Вне зависимости от структуры психотического приступа, процесс становления ремиссии занимал от 1,5 до 2,5 года и проходил три этапа: редукции и модификации психотической симптоматики, стабилизации психических функций и реинтеграции психических функций. Наибольшее прогностическое значение обнаруживают непосредственно постприступные феномены, при этом выраженное проявление негативной симптоматики сигнализирует о последующих трудностях ресоциализации и реадaptации больных. Своеобразие в процесс становления ремиссий вносит возрастной фактор — присущие юношескому возрасту импульсивность и максимализм снижают приверженность больных лекарственному и психотерапевтическому лечению, увеличивают суицидальный риск.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Lally J, Ajnakina O, Stubbs B, et al. Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *British Journal of Psychiatry*. 2017;211(06):350–358. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.201475>.
2. Гурович ИЯ, Шмуклер АБ, Магомедова МВ и др. Динамика ремиссии у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством после первых психотических приступов: длительная поддерживающая терапия оланзапином. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2005;15(1):53–56.
Gurovich IYa, Shmukler AB, Magomedova MV, et al. Dinamika remissii u bol'nyh shizofreniej i shizoafektivnym rasstrojstvom posle pervyh psichoticheskikh
3. pristupov: dlitel'naja podderzhivajushhaja terapija olanzapinom. *Social'naya i klinicheskaya psixiatriya*. 2005;15(1):53–56. (In Russ.).
Омельченко МА, Голубев СА, Никифорова ИЮ, Каледа ВГ. Риск манифестации эндогенных психозов у больных с непсихотическими психическими расстройствами юношеского возраста. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2014;114(6):14–20.
Omel'chenko MA, Golubev SA, Nikiforova IYu, Kaleda VG. Risk manifestacii e'ndogenny'x psixozov u bol'ny'x s nepsixoticheskimi psixicheskimi rasstrojstvami unosheskogo vozrasta. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2014;114(6):14–20. (In Russ.).

4. Лебедева ИС, Каледа ВГ, Бархатова АН. Нейрофизиологические характеристики когнитивных функций у больных с первым приступом эндогенного психоза юношеского возраста. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2007;107(2):12–20.
Lebedeva IS, Kaleda VG, Barxatova AN. Nejrofiziologicheskie karakteristiki kognitivny'x funkcij u bol'ny'x s pervy'm pristupom e'ndogennogo psixozu yunosheskogo vozrasta. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2007;107(2):12–20. (In Russ.).
5. Addington J, Saeedi H, Addington D. Influence of social perception and social knowledge on cognitive and social functioning in early psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 2006;189(04):373–378. <https://doi:10.1192/bjp.bp.105.021022>
6. Barnes TR, Leeson VC, Mutsatsa SH, et al. Duration of untreated psychosis and social function: 1-year follow-up study of first-episode schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 2008;193(03):203–209. <https://doi:10.1192/bjp.bp.108.049718>.
7. Куликов АВ. Суицидальное поведение у детей и подростков с эндогенными заболеваниями. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2007;107(8):15–23.
Kulikov AV. Suicidal'noe povedenie u detej i podrostkov s e'ndogenny'mi zabolevanijami. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2007;107(8):15–23. (In Russ.).
8. Каледа ВГ, Плужников ИВ, Олейчик ИВ, и др. Нейропсихологический подход к изучению когнитивного дефицита при психических расстройствах юношеского возраста. *Психиатрия*. 2013;59(3):16–23.
Kaleda VG, Pluzhnikov IV, Olejchik IV, et al. Neuropsychological approach in investigation cognitive deficit in juvenile mental disorders. *Psychiatry*. 2013;59(3):16–23. (In Russ.).
9. Torgalsbøen A-K, Mohn C, Czajkowski N, Rund BR. Relationship between neurocognition and functional recovery in first-episode schizophrenia: Results from the second year of the Oslo multi-follow-up study. *Psychiatry Research*. 2015;227(2–3):185–191. <https://doi:10.1016/j.psychres.2015.03.037>.
10. Пападопулос ТФ. Острые эндогенные психозы (психопатология, систематика). М.: Медицина; 1975.
Papadopoulos TF. Ostry'e e'ndogenny'e psixozy' (psixopatologiya, sistematika). M.: Medicina; 1975. (In Russ.).
11. Абрамова ЛИ. Социально-трудовое функционирование в периоды активного течения и стабилизации при приступообразной шизофрении. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1992;1:96–101.
Abramova LI. Social'no-trudovoe funkcionirovanie v periody aktivnogo techenija i stabilizacii pri pristupoobraznoj shizofrenii. *Social'naja i klinicheskaja psikiatrija*. 1992;1:96–101. (In Russ.).
12. Бархатова АН. Клинико-психопатологические аспекты дефицитарных расстройств в структуре начальных этапов юношеского эндогенного психоза. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2015;115(9):8–16. <https://doi:10.17116/jnevro2015115918-16>.
Barkhatova AN. Clinical and psychopathological aspects of deficit disorders in the structure of initial stages of youth-onset endogenous psychosis. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2015;115(9):8–16. (In Russ.). <https://doi:10.17116/jnevro2015115918-16>.
13. Мелехов ДЕ. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М.; 1963.
Melexov DE. Klinicheskie osnovy' prognoza trudosposobnosti pri shizofrenii. M.; 1963. (In Russ.).
14. Свердлов ЛС, Галанин ИВ, Скорик АИ. О механизмах развития рецидива при эндогенных психозах: длительность ремиссий при шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1991;91(1):89–94.
Sverdlov LS, Galanin IV, Skorik AI. O mehanizmah razvitija recidiva pri jendogennyh psixozah: dlitel'nost' remissij pri shizofrenii. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1991;91(1):89–94. (In Russ.).
15. Каледа ВГ. Первый психотический эпизод юношеского эндогенного психоза и его типологические разновидности. *Психиатрия*. 2006;22–24(4–6):7–15.
Kaleda VG. Pervy'j psixoticheskij e'pizod yunosheskogo e'ndogennogo psixozu i ego tipologicheskie raznovidnosti. *Psychiatry*. 2006;22–24(4–6):7–15. (In Russ.).
16. Коцюбинский АП, Скорик АИ, Аксенова ИО. Шизофрения. Уязвимость–диатез–стресс–заболевание. Гиппократ; 2004:88–104.
Koczyubinskij AP, Skorik AI, Aksenova IO. Shizofreniya. Uyazvimost'–diatez–stress–zabolevanie. Gippokrat; 2004:88–104. (In Russ.).
17. Santesteban-Echarri O, Paino M, Rice S, et al. Predictors of functional recovery in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*. 2017;58:59–75. <https://doi:10.1016/j.cpr.2017.09.007>.

Информация об авторе

Тихонов Денис Витальевич, научный сотрудник, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. ORCHID ID 0000-0003-3001-7842

E-mail: denvt@list.ru

Information about the author

Denis V. Tikhonov, Researcher, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCHID ID 0000-0003-3001-7842

E-mail: denvt@list.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Тихонов Денис Витальевич/Denis V. Tikhonov

E-mail: denvt@list.ru

Дата поступления 08.08.2019

Date of receipt 08.08.2019

Дата принятия 10.09.2019

Accepted for publication 10.09.2019

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-65-73>

УДК 612.822.3; 616.895.2; 616.895.78

Особенности негативных личностных изменений у больных с различной структурой маниакально-парафренных состояний

Сизов С.В., Мелешко Т.К., Олейчик И.В.
ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

ОРИГИНАЛЬНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

Психиатрия 17(4):2019

Резюме

Обоснование: исследование патопсихологических особенностей больных с различными типами маниакально-парафренных состояний (МПС), развивающихся в рамках эндогенного психоза с приступообразным течением, является актуальным как для уточнения выраженности негативных личностных изменений, так и определения прогностической значимости. Полученные данные позволяют оценить параметры психической деятельности и изучить патопсихологические механизмы развития маниакально-парафренных состояний. **Цель работы:** провести оценку степени выраженности негативных личностных изменений на основе анализа патопсихологических особенностей психической деятельности больных с различными типами маниакально-парафренного синдрома в рамках эндогенных психозов с приступообразным течением. **Пациенты и методы:** патопсихологическим методом обследованы 42 больных (все женщины в возрасте от 18 до 50 лет) с маниакально-бредовыми и маниакально-парафренными состояниями в приступах эндогенных психозов (рубрики F20.01, F20.02, F25.2 F31.2 по МКБ-10). Выделены 2 типологические разновидности МПС: I — с преобладанием острого чувственного бреда восприятия (13 больных); II — с преобладанием малосистематизированного интерпретативного бреда (19 больных). Для сравнения включены маниакально-бредовые состояния с бредом величия (10 больных). Применялись клинико-психопатологический, психометрический, экспериментально-психологический, направленного интервью и биографический методы исследования. Результаты больных сопоставлялись с соответствующими показателями в контрольной группе здоровых испытуемых того же возраста и пола (50 человек). **Результаты:** проведенное клинико-психологическое исследование пациентов с различными типами маниакально-парафренного синдрома показало существенные различия как в качестве и темпе изменений психических процессов, так и в личностных характеристиках. Эти отличия отражают разную степень прогрессивности эндогенных приступообразных психозов и выраженности негативной симптоматики. Патопсихологические характеристики существенно зависят от характера и тяжести продуктивных расстройств, сложно взаимодействующих с особенностями личностной динамики больных. **Выводы:** обнаруженные корреляции клинических и патопсихологических факторов, определяющих гетерогенность маниакально-парафренных приступообразных эндогенных психозов, повышают значимость патопсихологического метода для объективизации оценки расстройств и определяют насущную необходимость включения патопсихологического обследования в комплекс междисциплинарных исследований.

Ключевые слова: шизофрения; шизоаффективный психоз; маниакально-парафренные состояния; маниакально-бредовые состояния; патопсихологическое обследование.

Для цитирования: Сизов С.В., Мелешко Т.К., Олейчик И.В. Особенности негативных личностных изменений у больных с различной структурой маниакально-парафренных состояний. *Психиатрия*. 2019;17(4):65–73. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-65-73>.

Конфликт интересов отсутствует

65

Психопатология, клиническая и биологическая психиатрия

Peculiarities of Negative Personal Changes in Patients with Different Structure of Manic-Paraphrenic States

Sizov S.V., Meleshko T.K., Oleichik I.V.
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

RESEARCH

Summary

Background: the study of the pathopsychological features of the mental activity of patients with various types of manic-paraphrenic conditions (MPS) within the endogenous attack-like psychosis. to clarify the severity of negative personality changes and to determine prognostic significance. The obtained data allow us to objectively evaluate the parameters of mental activity and to study the pathopsychological mechanisms of the development of manic-paraphrenic types. **Objective:** assess the severity of negative personality changes based on an analysis of the pathopsychological characteristics of mental activity in patients with various typological varieties of manic-paraphrenic syndrome developed in endogenous paroxysmal psychosis. **Patients and methods:** 42 patients (all women aged from 18 to 50 years) with manic-delusional and manic-paraphrenic attacks in endogenous psychosis (F20.01, F20.02, F25, F31.2 according to ICD-10) were examined with pathopsychological methods. According to the

прогредиентно, чем у представителей II типа маниакально-парафренных состояний.

4. Обнаруженные взаимосвязи клинических и патопсихологических факторов, определяющих гетерогенность течения и проявлений эндогенных приступообразных психозов, повышают значимость патопсихологического метода в сфере объективизации этих расстройств и определяют насущную необходимость включения патопсихологического анализа в состав совместных междисциплинарных исследований.

5. Таким образом, проведенное клинико-психологическое исследование пациентов с маниакально-парафренными синдромами показало существенные различия в качестве и темпе изменений психических процессов и личностных характеристик, что отражает степень негативных изменений и разную прогредиентность заболеваний. Отмеченная гетерогенность существенно зависит от характера и тяжести продуктивной симптоматики, сложно взаимодействующей с негативной симптоматикой (личностными изменениями больных).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Субботская НВ. Психопатология острого парафренного синдрома и его типологические варианты. *Психиатрия*. 2005;17(5):26-31. Subbotskaya NV. Psixopatologiya ostrogo parafrennogo sindroma i ego tipologicheskie variant. *Psichi-atry*. 2005;17(5):26-31. (In Russ.).
2. Соколов АВ. Психопатологические особенности бреда преувеличенной самооценки в картине эндогенных маниакально-бредовых состояний. *Журнал неврологии 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 nevrologii i psichiatrii 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. <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. Павличенко АВ. Негативные симптомы шизофрении: современные зарубежные концепции и патофизиологические механизмы. *Психиатрия*. 2018;1(77):86-96. Pavlichenko AV. Negative symptoms of schizophrenia: modern foreign concepts and pathophysiological mechanisms. *Psychiatry*. 2018;1(77):86-96. (In Russ.).
6. Иванов МВ, Незнанов НГ. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах. *СПБ.: НИПНИ им В.М. Бехтерева*; 2008. Ivanov MV, Neznanov NG. Negativny`e i kognitivny`e rasstrojstva pri e`ndogenny`x psixozax. *SPB:NIPNI im V.M. Bextereva*; 2008. (In Russ.).
7. Johannesen J, O'Donnell B, Shekhar A, et al. Diagnostic specificity of neurophysiological endophenotypes in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Bulletin*. 2013;39(6):1219-1229. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs093>.
8. Сизов СВ. Клинико-психопатологическая дифференциация эндогенных маниакально-парафренных состояний. *Психиатрия*. 2019;17(3):30-37 (в печати). Sizov SV. Clinical and Psychopathological Differentiation of Endogenous Manic-Paraphrenic States. *Psychiatry*. 2019;17(3):30-37 (in press). (In Russ.).
9. Критская ВП, Мелешко ТК. Патопсихология шизофрении. М.: Изд-во «Институт психологии РАН»; 2015. Kritskaya VP, Meleshko TK. The pathopsychology of schizophrenia. M.: Publishing house «Institute of Psychology RAS»; 2015. (In Russ.).
10. Мелешко ТК, Критская ВП. К проблеме специфичности шизофренической патологии. *Психиатрия*. 2016;4(72):20-26. Meleshko TK, Kritskaya VP. To the problem of specificity of schizophrenic pathology. *Psychiatry*. 2016;4(72):20-26. (In Russ.).
11. Penn D, Ganna L, Roberts D. Social cognition in schizophrenia: an overview. *Schiz. Bull.* 2008;3(34):408-411.
12. Снежневский АВ. Nosos et pathos schizophreniae. В кн.: Шизофрения, мультидисциплинарные исследования. М.; 1972:5-15. Snezhnevsky AV. Nosos et pathos schizophreniae. In: Schizophrenia, multidisciplinary research. M.; 1972:5-15. (In Russ.).
13. Наджаров РА. Формы течения. В кн.: Шизофрения, мультидисциплинарные исследования. М.; 1972:16-76. Nadzharov RA. Forms of course. In: Schizophrenia, multidisciplinary research. M.; 1972:16-76. (In Russ.).

Информация об авторах

Сизов Степан Владимирович, аспирант, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. ORCID:0000-0002-8213-5122

E-mail: sizov.stepan@list.ru

Мелешко Тамара Константиновна, кандидат психологических наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. <http://orcid.org/0000-0002-0157-4335>

Олейчик Игорь Валентинович, доктор медицинских наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. <http://orcid.org/0000-0002-8344-0620>

E-mail: i.oleichik@mail.ru

Information about the authors

Stepan V. Sizov, PhD, Student, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID: 0000-0002-8213-5122

E-mail: sizov.stepan@list.ru

Tamara K. Meleshko, PhD, Cand. of Sci. (Psych.), «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. <http://orcid.org/0000-0002-0157-4335>

Igor V. Oleichik, PhD, Dr. of Sci. (Med.), «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. <http://orcid.org/0000-0002-8344-0620>

E-mail: i.oleichik@mail.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Сизов Степан Владимирович/Stepan V. Sizov

E-mail: sizov.stepan@list.ru

Дата поступления 11.06.2019

Date of receipt 11.06.2019

Дата принятия 10.09.2019

Accepted for publication 10.09.2019

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-74-80>

УДК 577.112; 616.895.5

Изменение соотношения форм белка-предшественника β -амилоида (APP) в тромбоцитах при шизофрении по сравнению с контрольной группой

Терешкина Е.Б.¹, Бокша И.С.^{1,2}, Прохорова Т.А.¹, Савушкина О.К.¹, Бурбаева Г.Ш.¹, Морозова М.А.¹, Мукаетова-Ладинска Е.Б.³

¹ ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

² НИЦ Эпидемиологии и микробиологии имени Н.Ф. Гамалеи, Москва, Россия

³ Университет Лестера, Департамент нейронаук, психологии и поведения, Лестер, Великобритания

ОРИГИНАЛЬНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

Резюме

Обоснование: белок-предшественник β -амилоида (APP) и его протеолитические фрагменты выполняют важные физиологические функции в нервной системе. Данные литературы свидетельствуют о том, что метаболизм APP при шизофрении может быть нарушен. **Цель исследования:** сравнение концентрации различных форм APP в тромбоцитах крови больных шизофренией и в контрольной группе. **Материал и методы:** исследованы тромбоциты больных параноидной шизофренией (F20.0; $n = 14$; возраст 19–35 лет) и контрольной группы ($n = 14$; возраст 20–36 лет). Взятие крови у больных проводилось до начала курса антипсихотической терапии. Для оценки концентрации форм APP был использован метод иммуноблоттинга с хемилюминесцентным усилением сигнала (ECL). Оценивали интенсивность засветки зон, соответствующих 130 кДа (зона 1), 110 кДа (зона 2) и 100 кДа (зона 3), а также рассчитывали отношение интенсивностей: {зона 1/(зоны 2 + 3)}. **Результаты:** в группе больных шизофренией интенсивность засветки зоны 1 достоверно снижена относительно контроля ($p = 0,0001$), ее доля составляет 9,7% всех детектируемых форм APP (против 29,2% в контроле). Отношение интенсивности засветки зоны 1 к суммарной интенсивности засветки зоны 2 и 3 {зона 1/(зоны 2 + 3)} также достоверно снижено по сравнению с контролем ($p = 0,00003$). У больных наблюдались достоверные обратные корреляции интенсивности засветки зоны 1, зоны 2 и отношения {зона 1/(зоны 2 + 3)} с возрастом: $R = -0,68$, $p = 0,007$, $R = -0,77$, $p = 0,001$, $R = -0,55$, $p = 0,04$ соответственно, но эти связи отсутствовали в группе контроля. Обнаружена отрицательная корреляция отношения интенсивности засветки {зона 1/(зоны 2 + 3)} с баллами по «подшкале» PANSS общей психопатологии (PANSSpsy): $R = -0,57$, $p = 0,035$. **Заключение:** в тромбоцитах больных шизофренией снижено количество отдельных форм APP и изменено их соотношение. Учитывая регуляторную активность фрагментов APP в нервной системе и обнаруженные изменения метаболизма APP, необходимо проведение дальнейших исследований по изучению роли APP при шизофрении.

Ключевые слова: белок-предшественник β -амилоида; тромбоциты; шизофрения.

Для цитирования: Терешкина Е.Б., Бокша И.С., Прохорова Т.А., Савушкина О.К., Бурбаева Г.Ш., Морозова М.А., Мукаетова-Ладинска Е.Б. Изменение соотношения форм белка-предшественника β -амилоида (APP) в тромбоцитах при шизофрении по сравнению с контрольной группой. *Психиатрия*. 2019;17(4):74–80. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-74-80>.

Конфликт интересов отсутствует

Change in Ratio of Platelet Beta-Amyloid Precursor Protein (APP) Forms in Schizophrenia Compared with Control Group

Tereshkina E.B.¹, Boksha I.S.^{1,2}, Prokhorova T.A.¹, Savushkina O.K.¹, Burbaeva G.Sh.¹, Morozova M.A.¹, Mukaetova-Ladinska E.B.³

¹ FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

² N.F. Gamaleya National Research Center of Epidemiology and Microbiology, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

³ Department of Neuroscience, Psychology and Behavior, University of Leicester, Leicester, UK

RESEARCH

Summary

Background: β -amyloid precursor protein (APP) and its proteolytic fragments have important physiological functions in nervous system. Literature data suggests that APP metabolism may be impaired in schizophrenia. **Aim of study:** to compare concentration of platelet APP forms in patients with schizophrenia and in control group. **Material and methods:** 14 patients (19–35 years old) with acute paranoid schizophrenia (ICD-10 F20.0) and 14 normal controls (20–36 years old) were included to analyse concentration of platelet APP forms by ECL-immunoblotting. Blood was collected before starting antipsychotic therapy. Net intensity was measured for zones corresponding to 130 kDa (zone 1), 110 kDa (zone 2) and 100 kDa (zone 3), and {zone 1/(zone 2 + zone 3)} ratio was calculated. **Results:** intensity of zone 1 was significantly reduced in patients compared with controls ($p = 0,0001$), its proportion comprised 9,7% of all detected APP forms (vs 29,2% in controls). {zone 1/(zone 2 + zone 3)} ratio was also reduced in patients compared with controls ($p = 0,00003$). Significant negative correlations of zone 1, zone 2, and {zone 1/(zone 2 + zone 3)} with age were present in patients: $R = -0,68$, $p = 0,007$, $R = -0,77$, $p = 0,001$, $R = -0,55$, $p = 0,04$, respectively, but these links were absent in control group. Negative correlation between {zone 1/(zone 2 + zone 3)} and PANSSpsy score was found in patients: $R = -0,57$, $p = 0,035$. **Conclusion:** concentration of distinct APP forms in platelets of patients with

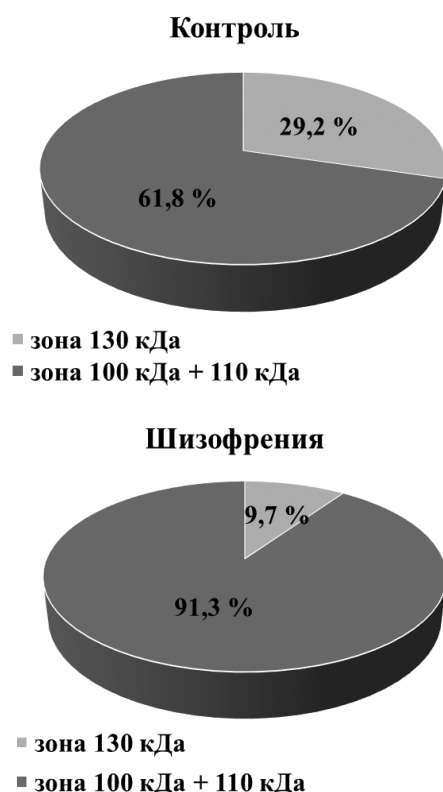


Рис. 3. Доли форм APP молекулярной массы 130 кДа (зона 1) и форм в диапазоне молекулярных масс 100–110 кДа (зоны 2 + 3) в тромбоцитах больных шизофренией и лиц контрольной группы

Fig. 3. The proportions of 130 kDa-APP form (zone 1) and 100–110 kDa-APP forms (zones 2 + 3) in platelets of patients with schizophrenia and control subjects

При этом, если в контроле интенсивность засветки зоны 1 составляет в среднем 29,2% от общего количества всех детектируемых форм APP, то в тромбоцитах больных шизофренией этот показатель в среднем составляет всего 9,7% (рис. 3).

Интересно, что сумма интенсивностей засветки всех детектируемых зон (1 + 2 + 3) (общее количество форм APP) достоверно не различалась в группе больных и в группе контроля.

Поскольку авторы исследований форм APP при БА вычисляли величину отношения $APPr = \{ \text{зона 1} / (\text{зоны 2 + 3}) \}$ [22, 23], в настоящей работе было также вычислено отношение $\{ \text{зона 1} / (\text{зоны 2 + 3}) \}$. $APPr$ оказалось достоверно ниже у больных по сравнению с группой контроля (критерий Манна–Уитни, $p = 0,00003$): при шизофрении — медиана 0,11 (минимум 0,0005, максимум 0,60), в контроле — медиана 0,46 (минимум 0,13, максимум 1,27).

В тромбоцитах лиц контрольной группы и тромбоцитах больных шизофренией наблюдались достоверные корреляции интенсивности засветки зоны 1 и зоны 2 между собой ($R = 0,78$, $p = 0,001$; $R = 0,74$, $p = 0,002$ соответственно). Интенсивность засветки зоны 1 также коррелировала с отношением интенсивностей засветки $\{ \text{зона 1} / (\text{зоны 2 + 3}) \}$ ($R = 0,85$, $p = 0,0001$; $R = 0,58$, $p = 0,03$ соответственно). Только в группе больных наблюдались достоверные обратные корреляции интенсивности засветки зоны 1, зоны 2 и отношения интенсивностей засветки $\{ \text{зона 1} / (\text{зоны 2 + 3}) \}$ с возрастом: $R = -0,68$, $p = 0,007$; $R = -0,77$, $p = 0,001$; $R = -0,55$, $p = 0,04$ соответственно.

Обнаружена отрицательная корреляция отношения интенсивностей засветки $\{ \text{зона 1} / (\text{зоны 2 + 3}) \}$ с баллами по субшкале PANSS общей психопатологии (PANSSPsy): $R = -0,57$, $p = 0,035$, которая означает, что, чем более выражены психопатологические симптомы у больного, тем сильнее снижение у него этого отношения в сравнении с контролем.

Таким образом, полученные нами результаты указывают на изменение метаболизма/протеолиза APP в тромбоцитах при шизофрении. Этот факт согласуется с приведенными выше данными V. Albertini и соавт. [6] об изменении профиля Aβ в СМЖ при этом заболевании, подтверждает предположение авторов об изменении метаболизма APP при шизофрении и указывает на возможную связь нарушения метаболизма APP с развитием патологического процесса при шизофрении (корреляция с PANSS).

Принимая во внимание важную регуляторную активность фрагментов APP в развитии, созревании и старении нервной системы и обнаруженные изменения метаболизма APP при психических и нейродегенеративных заболеваниях, можно заключить, что дальнейшее изучение метаболизма APP при шизофрении представляет интерес.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящей работе показано, что в тромбоцитах больных шизофренией снижено количество отдельных форм APP и изменено их соотношение. Данное исследование было проведено на небольшой группе больных. Для дальнейшего изучения возможного вклада APP в патогенез шизофрении необходимо увеличение группы больных шизофренией и лиц контрольной группы и применение широкой панели специфичных антител для детектирования отдельных фрагментов APP.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. van der Kant R, Goldstein LS. Cellular functions of the amyloid precursor protein from development to dementia. *Dev Cell*. 2015;32(4):502–515. <https://doi.org/10.1016/j.devcel.2015.01.022>
2. Coronel R, Bernabeu-Zornoza A, Palmer C, et al. Role of amyloid precursor protein (APP) and its derivatives in the biology and cell fate specification of neural stem cells. *Molecular Neurobiology*.

- 2018;55(9):7107–7117. <https://doi:10.1007/s12035-018-0914-2>
3. Hefter D, Draguhn A. APP as a Protective Factor in Acute Neuronal Insults. *Front Mol. Neurosci.* 2017;10:1–16. <https://doi:10.3389/fnmol.2017.00022>.
4. Religa D, Laudon H, Styczynska M, et al. Amyloid β Pathology in Alzheimer's Disease and Schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.* 2003;160:867–872. <https://doi:10.1176/appi.ajp.160.5.867>.
5. Frisoni GB, Prestia A, Geroldi C, et al. Alzheimer's CSF markers in older schizophrenia patients. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 2011;26(6):640–648. <https://doi:10.1002/gps.2575>.
6. Albertini V, Benussi L, Paterlini A, et al. Distinct cerebrospinal fluid amyloid beta peptide signatures in cognitive decline associated with Alzheimer's disease and schizophrenia. *Electrophoresis.* 2012;33(24):3738–3744. <https://doi:10.1002/elps.2012003075>.
7. Bush AI, Martins RN, Rumble B, et al. The amyloid precursor protein of Alzheimer's disease is released by human platelets. *J. Biol. Chem.* 1990;265(26):15977–15983.
8. Savonenko AV, Melnikova T, Laird FM, et al. Alteration of BACE1-dependent NRG1/ErbB4 signaling and schizophrenia-like phenotypes in BACE1-null mice. *Proc. Nat. Acad. Sci. USA.* 2008;105(14):5585–5590. <https://doi:10.1073/pnas.0710373105>.
9. Kamikubo Y, Takasugi N, Niisato K, et al. Consecutive Analysis of BACE1 Function on Developing and Developed Neuronal Cells. *J. Alzheimers Dis.* 2017;56(2):641–653. <https://doi:10.3233/JAD-160806>.
10. Tang K, Hynan LS, Baskin F, Rosenberg RN. Platelet amyloid precursor protein processing: a bio-marker for Alzheimer's disease. *J. Neurol. Sci.* 2006;240(1–2):53–58. <https://doi:10.1016/j.jns.2005.09.002>.
11. Evin G, Li Q-X. Platelets and Alzheimer's disease: Potential of APP as a biomarker. *World J. Psychiatry.* 2012;2(6):102–113. <https://doi:10.5498/wjp.v2.i6.102>.
12. Colciaghi F, Marcello E, Borroni B, et al. Platelet APP, ADAM 10 and BACE alterations in the early stages of Alzheimer disease. *Neurology.* 2004;62(3):498–501. <https://doi:10.1212/01.WNL.0000106953.49802.9C>.
13. Sokol DK, Chen D, Farlow MR, et al. High levels of Alzheimer beta-amyloid precursor protein (APP) in children with severely autistic behavior and aggression. *J. Child Neurol.* 2006;21(6):444–449. <https://doi:10.1177/08830738060210062201>.
14. Wang H, Xu H, Wang X, et al. Amyloid precursor protein associates with autism spectrum disorder: a potential candidate biomarker for early screening. *Int. J. Clin. Exp. Med.* 2016;9(11):22259–22266. www.ijcem.com/ISSN:1940-5901/IJCEM0020275.
15. Chung JK, Nakajima S, Plitman E, et al. β -Amyloid Burden is Not Associated with Cognitive Impairment in Schizophrenia: A Systematic Review. *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2016;24(10):923–939. <https://doi:10.1016/j.jagp.2016.03.013>.
16. Wegiel J, Frackowiak J, Mazur-Kolecka B, et al. Abnormal intracellular accumulation and extracellular A β deposition in idiopathic and Dup15q11.2-q13 autism spectrum disorders. *PLoS One.* 2012;7(5):e35414. <https://doi:10.1371/journal.pone.0035414>.
17. Burbaeva GSh, Boksha IS, Tereshkina EB, et al. Effect of olanzapine treatment on platelet glutamine synthetase-like protein and glutamate dehydrogenase immunoreactivity in schizophrenia. *World J. Biol. Psychiatry.* 2006;7(2):75–81. <https://doi:10.1080/15622970510029957>.
18. Boksha IS, Savushkina OK, Tereshkina EB, et al. Enzymes of Glutamate System. In: Biochemical Approaches for Glutamatergic Neurotransmission. Neuromethods. Springer Protocols. Parrot, Sandrine, Denoroy, Luc (Eds.). 2018:469–506. <https://doi:10.1007/978-1-4939-7228-9>.
19. Davies TA, Long HJ, Sgro K, et al. Activated Alzheimer disease platelets retain more beta amyloid precursor protein. *Neurobiol. Aging.* 1997;18(2):147–153. PMID:258891.
20. Prodan CI, Ross ED, Stoner JA, et al. Coated-platelet levels and progression from mild cognitive impairment to Alzheimer disease. *Neurology.* 2011;76(3):247–252. <https://doi:10.1212/WNL.0b013e3182074bd2>.
21. Jelic V, Hagman G, Yamamoto NG, et al. Abnormal platelet amyloid- β protein precursor (A β PP) metabolism in Alzheimer's disease: identification and characterization of a new A β PP isoform as potential biomarker. *J. Alzheimers Dis.* 2013;35(2):285–295. <https://doi:10.3233/JAD-122122>.
22. Zainaghi IA, Talib LL, Diniz BS, et al. Reduced platelet amyloid precursor protein ratio (APP ratio) predicts conversion from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease. *J. Neural. Transm. (Vienna).* 2012;119(7):815–819. <https://doi:10.1007/s00702-012-0807-x>.
23. Borroni B, Agosti C, Marcello E, et al. Blood cell markers in Alzheimer Disease: Amyloid Precursor Protein form ratio in platelets. *Exp. Gerontol.* 2010;45(1):53–56. <https://doi:10.1016/j.exger.2009.08.004>.

Информация об авторах

Терешкина Елена Борисовна, кандидат биологических наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. ORCID: 0000-0002-4784-899

E-mail: tereshkina.el@yandex.ru

Бокша Ирина Сергеевна, доктор биологических наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. ORCID: 0000-0003-1369-8658

E-mail: boksha_irina@mail.ru

Прохорова Татьяна Андреевна, научный сотрудник, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. ORCID: 0000-0002-3574-2165

E-mail: gnidra@mail.ru

Савушкина Ольга Константиновна, кандидат биологических наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. ORCID: 0000-0002-5996-6606

E-mail: osavushkina1@yandex.ru

Бурбаева Гульнур Шингожиевна, доктор биологических наук, профессор, заведующий лабораторией нейробиологии, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. ORCID:0000-0001-7744-533X

E-mail: gburb@mail.ru

Морозова Маргарита Алексеевна, доктор медицинских наук, профессор, руководитель лаборатории психофармакологии, ФГБНУ НЦПЗ Москва, Россия. ORCID:0000-0002-7847-2716

E-mail: margmorozova@gmail.com

Мукаетова-Ладинска Елизабета, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой Департамента нейронаук, психологии и поведения Университета Лестера, Великобритания

E-mail: eml12@leicester.ac.uk

Information about the authors

Elena B. Tereshkina, PhD, Cand. of Sci. (Biol.), «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID:0000-0002-4784-899

E-mail: tereshkina.el@yandex.ru

Irina S. Boksha, PhD, Dr. of Sci. (Biol.), «Mental Health Research Centre»; Leading Researcher Scientist, Gamaleya Center of Epidemiology and Microbiology, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia. ORCID:0000-0003-1369-8658

E-mail: boksha_irina@mail.ru

Tatyana A. Prokhorova, Researcher, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID: 0000-0002-3574-2165

E-mail: gnidra@mail.ru

Olga K. Savushkina, PhD, Cand. of Sci. (Biol.), «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID: 0000-0002-5996-6606

E-mail: osavushkina1@yandex.ru

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

E-mail: gburb@mail.ru

Margarita A. Morozova, PhD, MD, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Laboratory of Psychopharmacology, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID:0000-0002-7847-2716

E-mail: margmorozova@gmail.com

Elizabeta Mukaetova-Ladinska, PhD, MD, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Chair of the Department of Neuroscience, Psychology and Behavior, University of Leicester, Leicester, UK

E-mail: eml12@leicester.ac.uk

Для корреспонденции/Corresponding author

Савушкина Ольга Константиновна/Olga K. Savushkina

E-mail: osavushkina1@yandex.ru

E-mail: neurochem06@mail.ru

Дата поступления 22.08.2019
Date of receipt 22.08.2019

Дата принятия 10.09.2019
Accepted for publication 10.09.2019

Гиперкоагуляция плазмы крови со спонтанными сгустками как биологический маркер степени выраженности психических расстройств

Карпова Н.С., Брусов О.С., Олейчик И.В., Симашкова Н.В., Фактор М.И., Левченко Н.С., Никитина С.Г.
ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

ОРИГИНАЛЬНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

Резюме

Обоснование: в настоящее время доказано, что патогенез шизофрении связан с формированием в мозге больных хронических очагов асептического воспаления (нейровоспаления, НВ). Известно также, что хроническое НВ быстро переходит в системное воспаление вследствие нарушения проницаемости гематоэнцефалического барьера, сопровождающееся выбросом в кровь провоспалительных цитокинов и других факторов воспаления. Системное воспаление приводит к активации всех клеток иммунной системы и тромбоцитов крови. Активация тромбоцитов сопровождается генерацией большого количества прокоагулянтных тромбоцитарных микрочастиц, что может вызвать повышение свертываемости крови. **Цель исследования:** выявить нарушения тромбодинамических параметров свертываемости крови у взрослых и детей, страдающих разными формами шизофрении, в стадии обострения. **Пациенты:** в исследование были включены 3 группы больных шизофренией с разным типом течения. 1-ю группу составили 79 больных с приступообразным/приступообразно-прогредиентным типом течения шизофрении. Во 2-ю группу вошли 28 больных малопрогрессирующей шизофренией. В 3-ю группу включены 28 пациентов с детской шизофренией. **Методы:** для определения параметров коагуляции использовали метод тромбодинамики на анализаторе Т-2 согласно инструкции компании — производителя анализатора (ООО Гемакор, Москва, Россия). **Результаты:** в образцах крови пациентов всех трех групп показано наличие спонтанных сгустков с отличиями в показателях теста тромбодинамики (ТД). В 1-й группе обследованных показано статистически значимое увеличение показателей Vi, Vst и V и CS, в то время как параметр Tsp оказался статистически значимо ниже нормы. Во 2-й группе 3 показателя, такие как Vst, V и Tsp, статистически значимо отличались от нормы: показатели скорости оказались достоверно выше нормы, а Tsp — ниже нормы. В 3-й группе показатели Vi, Vst, V и CS были статистически значимо выше нормы, а показатель Tsp статистически значимо ниже нормы. **Заключение:** с помощью теста тромбодинамики (ТД) было показано, что у больных шизофренией в стадии обострения наблюдается гиперкоагуляция плазмы крови, сопровождающаяся генерацией спонтанных сгустков. Тест ТД позволяет выявить склонность к гиперкоагуляционным состояниям на ранней стадии заболевания, когда другие методы еще недостаточно чувствительны.

Ключевые слова: шизофрения; гемостаз; тромбодинамика; гиперкоагуляция; спонтанные сгустки.

Для цитирования: Карпова Н.С., Брусов О.С., Олейчик И.В., Симашкова Н.В., Фактор М.И., Левченко Н.С., Никитина С.Г. Гиперкоагуляция плазмы крови со спонтанными сгустками, как биологический маркер степени выраженности психических расстройств. *Психиатрия*. 2019;17(4):81–89. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-81-89>.

Конфликт интересов отсутствует

Hypercoagulation of Blood Plasma with Spontaneous Clots as a Biological Marker of the Severity of Mental Disorders

Karpova N.S., Brusov O.S., Oleichik I.V., Simashkova N.V., Faktor M.I., Levchenko N.S., Nikitina S.G.
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

RESEARCH

Summary

Introduction: currently, it is proved that the pathogenesis of schizophrenia is associated with the formation of chronic foci of aseptic inflammation (neuroinflammation) in the brain of patients. It is also known that chronic neuroinflammation quickly turns into systemic inflammation. Permeability of the blood-brain barrier impaired. Proinflammatory cytokines and other inflammatory factors release into the blood. Systemic inflammation leads to activation of all cells of the immune system and blood platelets. Activation of platelets is accompanied by a generation of a large number of procoagulant platelet-derived microparticles, which can cause an increase in blood clotting. **Objective:** to identify the impairments of thrombodynamic coagulation parameters in adults and children suffering from different forms of schizophrenia in the acute stage. **Patients:** the study included 3 groups of patients with schizophrenia with different type of course. Group 1: 79 patients with attack-like or progredient attack-like type of schizophrenia; group 2: 28 patients with schizotypal disorder; group 3: 28 patients with child schizophrenia. **Methods:** to determine the coagulation parameters, the Thrombodynamics method (TD) was used on the thrombodynamics device T-2 according to the instructions of the manufacturer of the device (Hemacore, Moscow, Russia). **Results:** the presence of spontaneous clots was

Таблица 4. Непараметрический дисперсионный анализ оценки значимости различий значений показателей ТД с учетом поправки на множественные сравнения между тремя группами пациентов (группы 1, 2 и 3)**Table 4.** Nonparametric variance analysis of the evaluation of the significance of differences in the values of TD, adjusted for multiple comparisons between the three groups of patients (Groups 1, 2 and 3)

Параметры ТД/Options TD	Тест/Test Kruskal–Wallis ANOVA*		
	Гр. 1/Гр. 2 Gr. 1/Gr. 2	Гр. 1/Гр. 3 Gr. 1/Gr. 3	Гр. 2/Гр. 3 Gr. 2/Gr. 3
Vi	< 0,0001	0,033785	0,033785
Vst	0,709803	1,000000	0,325161
V	1,000000	0,049472	0,243429
CS	1,000000	0,039859	0,171228
D	1,000000	0,542561	0,380388
Tsp	1,000000	1,000000	0,016744

*Тест Kruskal–Wallis ANOVA.

детского типа шизофрении в ICD-9 (299.91), адаптированной версии ICD-10 в Российской Федерации (1994, 1999) «Шизофрения, детский тип F20.8xx3». С позиций доказательной медицины подтверждаются полученные ранее в клинических лонгитудинальных исследованиях данные об устойчивости злокачественной непрерывнотекущей и злокачественной приступообразно-прогредиентной детской шизофрении на протяжении 25-летнего катамнеза [13].

На следующем этапе работы нами был проведен сравнительный анализ параметров ТД между 3 исследуемыми группами. В табл. 4 и на рис. 4 представлены его результаты.

ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ полученных данных (см. табл. 4 и рис. 4) позволяет сделать несколько выводов. Так, между всеми группами есть статистически значимые различия параметра Vi. Для параметра Vst между группами нет статистически значимых различий. Показатель V статистически значимо различается в первой и третьей группах больных. Выявлено статистически значимое различие между медианами параметра CS для первой и третьей групп больных. Между группами нет статистически значимых различий значений показателя D. В то же время есть статистически значимое различие значений медиан параметра Tsp для второй и третьей групп больных.

Полученные в данном исследовании результаты подтверждают предположение о наличии гиперкоагуляции плазмы крови со спонтанными сгустками у больных с разными формами шизофрении. Появление

гиперкоагуляции плазмы крови может быть обусловлено обострением системного воспаления или нейровоспаления. Известно также, что длительная терапия антипсихотиками может приводить к тромбозам.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных шизофренией имеется повышенный риск тромбозов мелких сосудов мозга, что приводит к появлению зон ишемии головного мозга. Это, в свою очередь, может приводить к формированию когнитивного дефицита.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С помощью ТД было показано, что у больных шизофренией в стадии обострения наблюдается гиперкоагуляция плазмы крови, сопровождающаяся генерацией спонтанных сгустков (так называемая гиперкоагуляция со спонтанными сгустками).

Полученные в этом и других наших исследованиях результаты показывают, что гиперкоагуляция плазмы крови со спонтанными сгустками наблюдается при разных формах шизофрении, включая детскую шизофрению, депрессии, монополярные и биполярные расстройства, нервную анорексию и детский аутизм. Это позволяет предположить, что наряду с активацией иммунитета гиперкоагуляция со спонтанными сгустками формирует биологическую подложку для развития психопатологий разных типов, что может быть учтено при предстоящей адаптации МКБ-11 в РФ.

Было показано, что ТД позволяет выявить склонность к гиперкоагуляционным состояниям на ранней стадии, когда другие методы еще недостаточно чувствительны.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Симашкова НВ, Ключник ТП. Расстройства аутистического спектра. В. кн.: Расстройства аутистического спектра у детей. Под ред. Н.В. Симашковой. М.: Авторская академия, 2013:13–38. Simashkova NV, Klyushnik TP. Autism spectrum disorders in children. Ed. N.V. Simashkova. M.: Author Academy, 2013:13–38. (In Russ.).
2. Simashkova NV, Boksha IS, Klyushnik TP, Iakupova LP, Ivanov MV, Mukaetova-Ladinska EB. Diagnosis and Management of Autism Spectrum Disorders in Russia: Clinical–Biological Approaches. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2019;49(9):3906–3914. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04071-4>.

3. Simashkova N, Ivanov M, Kozlovskaya G, Makushkin E. Total Screening of the Risk of Developing Mental Illness of Young Children in Primary Health Care in Russia (data 2017). *European Psychiatry*. 2019;56:54. DOI: 10.1016/j.eurpsy. 2017.01.448.
4. Костюкова АБ, Мосолов СН. Нейровоспалительная гипотеза шизофрении и некоторые новые терапевтические подходы. *Современная терапия психических расстройств*. 2013;4:8–17.
Kostyukova AB, Mosolov SN. Neuroinflammatory hypothesis of schizophrenia and new therapeutic approaches. *Modern therapy of mental disorders*. 2013;4:8–17. (In Russ.).
5. Брусов ОС, Матвеев ИА, Кириллов ПС и др. Оценка риска тромботических нарушений у больных шизофренией и шизоаффективными расстройствами в остром состоянии с помощью технологии фибринодинамики. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2017;11(11):88–97.
Brusov OS, Matveev IA, Kirillov PS, et al. Risk assessment of thrombotic disorders in patients with schizophrenia and schizoaffective disorders in the acute state using technology fibrinogenami. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2017;(11):88–97. (In Russ.).
6. Zornberg GL, Jick H. Antipsychotic drug use and risk of first-time idiopathic venous thromboembolism. *Lancet*. 2000;356:1219–1223. DOI: 10.1016/S0140-6736(00)02784-7.
7. Bardehle S, Rafalski VA, Akassoglou K. Breaking boundaries-coagulation and fibrinolysis at the neurovascular interface. *Front. Cell. Neurosci*. 2015;(16):9–354. doi:10.3389/fncel.2015.00354.
8. Erlich D, Humpe IC. Platelets in psychiatric disorders. *World J. Psychiatry*. 2012;2(6):4–91. doi:10.5498/wjp.v2.i6.91.
9. Horstman LL, Jy W, Ahn YS, et al. Role of platelets in neuroinflammation: wide-angle perspective. *J. Neuroinflammation*. 2010;(3):7–10. doi:10.1186/1742-2094-7-10.
10. Брусов ОС, Олейчик ИВ, Фактор МИ и др. Тромбодинамические показатели гиперкоагуляции плазмы крови у больных с аффективным заболеванием и шизофренией в стадии обострения. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2018;10:53–57. <https://doi.org/10.17116/jnevro201811810141>.
Brusov OS, Oleichik IV, Factor MI, et al. Thrombodynamic parameters of hypercoagulability in patients with affective disorder and schizophrenia in a state of exacerbation. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2018;10:53–57. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro201811810141>.
11. Брусов ОС, Симашкова НВ, Карпова НС и др. Тромбодинамические показатели гиперкоагуляции крови у детей с детским аутизмом и детской шизофренией. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2019;1:59–63. <https://doi.org/10.17116/jnevro201911901159>.
Brusov OS, Simashkova NV, Karpova NS, et al. Thrombodynamic parameters of hypercoagulation of blood in children with infantile autism and childhood schizophrenia. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2019;1:59–63. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro201911901159>.
12. Баландина АН, Кольцова ЕМ, Шибекко АМ и др. Тромбодинамика: новый подход к диагностике нарушений системы гемостаза. *Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии*. 2018;17(4):114–126. <https://doi.org/10.24287/1726-1708-2018-17-4-114-12613>.
Balandina AN, Kol'cova EM, Shibeko AM, et al. Trombodinamika: novyj podhod k diagnostike narushenij sistemy gemostaza. *Voprosy gematologii/onkologii i immunopatologii v pediatrii*. 2018;17(4):114–126. (In Russ.). <https://doi.org/10.24287/1726-1708-2018-17-4-114-12613>.
13. Башина ВМ, Симашкова НВ. Систематика форм течения детской шизофрении в свете отдалённого катамнеза. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1989;89(8):69–75.
Bashina VM, Simashkova NV. Sistematika form techeniya detskoj shizofrenii v svete otdalyonnogo katamneza. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1989;89(8):69–75. (In Russ.).

Информация об авторах

Карпова Наталья Сергеевна, научный сотрудник, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. ORCID: 0000-0003-2061-8097

E-mail: nat_karpova@mail.ru

Брусов Олег Сергеевич, кандидат биологических наук, заведующий лабораторией, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. ORCID: 0000-0003-1269-679X

E-mail: oleg.brusow@yandex.ru

Олейчик Игорь Валентинович, доктор медицинских наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. ORCID: 0000-0002-8344-0620

E-mail: i.oleichik@mail.ru

Симашкова Наталья Валентиновна, доктор медицинских наук, заведующая отделом детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. ORCID: 0000-0002-8809-3429

E-mail: simashkovanv@mail.ru

Фактор Магнолия Иосифовна, кандидат биологических наук, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. ORCID: 0000-0003-4366-5558

E-mail: magnolia-faktor@mail.ru

Левченко Надежда Сергеевна, младший научный сотрудник, ФГБНУ НЦПЗ, Россия. ORCID: 0000-0001-7051-2974

E-mail: levchenko.psy@gmail.com

Никитина Светлана Геннадьевна, младший научный сотрудник, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. ORCID: 0000-0002-7775-1692

E-mail: nikitina.svt@mail.ru

Information about the authors

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

E-mail: nat_karpova@mail.ru

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

E-mail: oleg.brusov@yandex.ru

Igor V. Oleichik, PhD, MD, Dr. of Sci. (Med.), «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID: 0000-0003-1269-679X

E-mail: i.oleichik@mail.ru

Natalia V. Simashkova, PhD, MD, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Child Psychiatry, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID: 0000-0002-8809-3429

E-mail: simashkovanv@mail.ru

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

E-mail: magnolia-faktor@mail.ru

Nadezhda S. Levchenko, Junior Researcher, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID: 0000-0001-7051-2974

E-mail: levchenko.psy@gmail.com

Svetlana G. Nikitina, Junior Researcher, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID: 0000-0002-7775-1692

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Карпова Наталья Сергеевна/Natalia S. Karpova

E-mail: nat_karpova@mail.ru

Дата поступления 12.07.2019

Date of receipt 12.07.2019

Дата принятия 10.09.2019

Accepted for publication 10.09.2019

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-90-101>

УДК 616.891.2

История формирования концепций и современные представления об истерии при эндогенных психических расстройствах

Попов С.М.
ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

НАУЧНЫЙ
ОБЗОР

Резюме

Цель: представить эволюцию взглядов отечественных и зарубежных исследователей на структуру и суть истерических расстройств, различные дефиниции этого феномена и попытки определить его место среди других психопатологических симптомов, а также рассмотреть вопрос патогенетической модели, в настоящее время не имеющей точного обоснования. **Метод:** по ключевым словам «истерические расстройства; депрессия; психопатология; диссоциативные и конверсионные расстройства; шизофрения; эндогенные заболевания» проведен поиск публикаций в базах PubMed/MEDLINE, РИНЦ и других источниках за последние 10 лет. **Результаты:** выделены следующие основные направления изучения истерических расстройств при эндогенных заболеваниях: (1) рассмотрение истерических расстройств как обособленного гетерогенного синдрома; (2) изучение клинического патоморфоза; (3) дифференциация истерических проявлений в структуре заболеваний аффективного и шизофренического спектра; (4) проблема коморбидности истерических расстройств с другими проявлениями эндогенных заболеваний.

Ключевые слова: истерические расстройства; депрессия; психопатология; диссоциативные и конверсионные расстройства; шизофрения; эндогенные заболевания.

Для цитирования: Попов С.М. История формирования концепций и современные представления об истерии при эндогенных психических расстройствах. *Психиатрия*. 2019;17(4):90–101. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-90-101>.

Конфликт интересов отсутствует

The History of the Formation of Concepts and Modern View on Hysteria in Endogenous Mental Diseases

Popov S.M.
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

REVIEW

Summary

The aim of review: to present the evolution of views of domestic and foreign researchers on hysterical disorder structure and its pathway in endogenous diseases. **Method:** The keywords “hysterical symptoms; depression; psychopathology; dissociative and conversion disorders; schizophrenia; endogenous diseases” were used to source the publications about the problem in Pubmed/MEDLINE and others databases in last 10 years. **Results:** various definitions of this phenomenon were presented as well as attempts to determine its place among other psychopathological symptoms, including consideration of the issue of the pathogenetic model currently not having a precise justification. The following basic directions were singled out in the scientific development of the problem: (1) consideration of hysterical disorders as an independent heterogeneous syndrome; (2) studying of a distinct clinical pathomorphosis over the last century; (3) differentiation of hysterical manifestations in the structure of diseases of the affective and schizophrenic spectrum; (4) the problem of differentiation of hysterical symptoms with comorbid diseases.

Keywords: hysterical symptoms; depression; psychopathology; dissociative and conversion disorders; schizophrenia; endogenous diseases.

For citation: Popov S.M. The History of the Formation of Concepts and Modern View on Hysteria in Endogenous Mental Diseases. *Psychiatry*. 2019;17(4):90–101. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-90-101>.

There is no conflict of interest

В обзоре представлена эволюция взглядов отечественных и зарубежных исследователей на психопатологическую структуру и феноменологическую сущность истерических состояний, попытки определения места и роли истерических расстройств в регистре психических заболеваний, рассмотрение эпидеми-

ологического и терапевтического вопросов, а также возможности изучения их биологического субстрата с помощью современных диагностических методов.

Изучение истерических расстройств становилось предметом исследований с начала формирования медицины как науки, однако под пристальное внимание

(Морозов В.М., Наджаров Р.А., 1956; Семке В.Я., 2008; Даниленко О.А., 2011). Согласно исследованиям Б.В. Воронцова (2009), у больных малопрогредиентной шизофренией с истерическими расстройствами с детства отмечается объединение невротических и истерических черт. По мнению А.Б. Смулевича, у больных с истерическим преморбидом, перенесших в раннем возрасте стертый шизофренический приступ, формируется шизоистероидная псевдопсихопатия.

Следующей важной проблемой является терапия истерических состояний, не имеющая четких регламентных норм и тактик. В основном отдается предпочтение психфармакотерапии в сочетании с психотерапевтическим воздействием, как групповым, так и в составе аутотренинга [59].

Согласно эпидемиологическим исследованиям конца XX в., возраст проявления истерических расстройств преимущественно приходится на юношеский и молодой, а в старческом возрасте в преобладающем числе происходят декомпенсационные проявления истерических психопатий [61]. Эпидемиологические исследования Г.В. Рыжикова показывают, что вероятность формирования истерических реакций у жителей мегаполисов обоих полов обнаружена в возрастных группах 0–9, 31–35 лет, а среди жителей сельской местности — у мужчин в 16–20 и 56–60 лет, у женщин 10–15 и 51–55 лет [10; 60]. Среди амбулаторного психиатрического контингента хотя бы один конверсионный симптом выявляется у 24% больных, более одного у 10% больных (Guze S., 1971). Среди больных женщин соматического стационара конверсионная симптоматика выявляется в 30% случаев (Woodnaff R., 1967). Согласно обзору М.М. Крем (2004), распространенность истерических расстройств в общей популяции, различными авторами оценивается от 2,5 до 50 на

100 000 населения, а среди контингента больных стационаров, от 20 до 120 на 100 000 населения. Диагностика и терапия диссоциативных расстройств, также выявляемых в общемедицинской сети, сопряжена со значительными трудностями (Walker E.A., 1992; Van der Kolk B.A., 1996). Распространенность диссоциативных расстройств среди больных соматических стационаров достигает 2,6% (Fink P., 2004). При этом при раздельном анализе конверсионных и диссоциативных расстройств, исходя из DSM-IV, установлено, что состояние 47,4% пациентов с конверсионным расстройством отвечает критериям диагностики диссоциативного (Пшеничных И.В., 2006).

Резюмируя вышеизложенное, можно утверждать, что в настоящее время отсутствует четкая позиция относительно феноменологии, этиологии, патогенеза и терапии истерических состояний. В какой-то мере сохранено положение, отмеченное еще в 1913 г. Е. Краепелин: «Нет более спорного понятия как по содержанию, так и по объему, чем понятие истерии». В этой связи разработка алгоритмов ранней диагностики истерических реакций у пациентов с эндогенными психическими расстройствами — актуальная и своевременная задача. Для исследователей настоящего времени представляется важным определить четкую комплексную типологическую характеристики истерических реакций с учетом закономерностей дальнейшего течения заболевания, преморбидной структуры личности, наследственной предрасположенности и клинко-биологических особенностей. Кроме того, представляет интерес вопрос о психопатологическом патоморфозе истерических расстройств, формирующихся в рамках течения эндогенного психического заболевания аффективного и шизофренического спектров.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Briquet P. Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, J-B Baillière & Fils., Paris, France; 1859:724.
2. Charcot J-M. Lectures on the diseases of the nervous system. London: The New Sydenham Society; 1889:530.
3. Janet P. The Major Symptoms of Hysteria: 15 Lectures Given in the Medical School of Harvard University; Macmillan: New York, NY, USA; 1907:380.
4. Freud S. Fragments of an analysis of a case of hysteria. London, UK: Standard Edition 1905;40.
5. Kretschmer E, Boltz O. Hysteria. New York: Nervous and Mental Disease; 1926:144.
6. Павлов ИП. Проба физиологического понимания симптомологии истерии. АН СССР; 1932:38. Pavlov IP. Proba fiziologicheskogo ponimaniya simptomologii isterii. AN SSSR; 1932:38. (In Russ.).
7. Дубницкая ЭБ. Малопргредиентная шизофрения с преобладанием истерических расстройств. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2014(3):4–13.
8. Дубницкая ЭБ. Малопргредиентная шизофрения с преобладанием истерических расстройств. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2014(3):4–13.
9. Смулевич АБ. Расстройства личности (психопатии). В кн.: Руководство по психиатрии. Под ред. акад. РАМН А.С. Тиганова. М.: Медицина; 1999;1:558–602. Smulevich AB. Rasstrojstva lichnosti (psihopatii). V kn.: Rukovodstvo po psihiatrii. Pod red. akad. RAMN A.S. Tiganova. M.: Medicina; 1999;1:558–602. (In Russ.).
10. Jakubik A., Histeria. Warszawa; 1979:344.
11. Семке ВЯ. Истерические состояния. Москва: Медицина; 1988:224. Semke VYA. Istericheskie sostoyaniya. Moskva: Medicina; 1988:224. (In Russ.).
12. Фелинская НИ. О патоморфозе классических форм. Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 1979;79(11):1544–1549.

- Felinskaya NI. O patomorfoze klassicheskikh form. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1979;79(11):1544–1549. (In Russ.).
12. Карвасарский БД. Неврозы. Москва: Медицина; 1990:576.
Karvasarskij BD. Nevrozy. Moskva: Medicina; 1990:576. (In Russ.).
13. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. 10th ed. World Health Organization: Geneva, Switzerland; 1992.
14. Diagnostic Criteria From DSM-IV, by the American Psychiatric Association, Washington, DC, American Psychiatric Press Inc; 1994:388.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. American Psychiatric Association Press: Washington, DC, USA; 1994.
16. Janet PL. État mental des hystériques (second edition), Félix Alcan, Paris. Reprint: Lafitte Reprints, Marseille; 1983:25.
17. Ганнушкин ПБ. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. Москва: «Север»; 1933:128.
Gannushkin PB. Klinika psihopatij, ih statika, dinamika, sistematika. Moskva: «Sever»; 1933:128. (In Russ.).
18. Кербиков ОВ. Избранные труды. Москва; 1971:313.
Kerbikov OV. Izbrannye Trudy. Moskva; 1971:313. (In Russ.).
19. Ромасенко ЛВ. Патоморфоз истерических расстройств. Материалы конференции «X клинические павловские чтения. Выпуск 10-й». Санкт-Петербург; 2006:20–25.
Romasenko LV. Pathological morphosis of hysterical disorders. X clinical Pavlovian readings. Tenth issue. Patomorfoz istericheskikh rasstrojstv. Conference proceedings. 2006:20–25. (In Russ.).
20. Balaratnasingam S, Janca A. Mass hysteria revisited. *Curr. Opin. Psychiatry*. 2006;19:171–174. doi:10.1097/01.yco.0000214343.59872.7a. PubMed: 16612198.
21. Mink JW. Conversion disorder and mass psychogenic illness in child neurology. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2013;1304:40–44. https://doi:10.1111/nyas.12298.
22. Dhadphale M. Hysterical stupor. *British Journal Psychiatry International*. 2016;13:98–100. https://doi:10.1192/s2056474000001458.
23. Galli S, et al. Conversion, Factitious Disorder and Malingering: A Distinct Pattern or a Continuum? — Bogousslavsky J (ed): Neurologic-Psychiatric Syndromes in Focus. Part II — From Psychiatry to Neurology. Front Neurol Neurosci. Basel, Karger, 2018;42:72–80. https://doi:10.1159/000475699
24. Забылина НА. Истерия. Дефиниции истерических расстройств. *Медицина и образование в Сибири*. 2007.
- Zabylina NA. Hysteria. Definitions of hysterical disorders. *Journal of Siberian Medical Sciences*, 2007. (In Russ.).
25. Серебренникова ЛВ. Особенности коллективной и индивидуально-стрессорной психотерапии истерических неврозов, истерии, истероидной психопатии. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия Медицина*. 2010;4:115–118.
Serebrennikova LV. Characteristics of collective and individual stress psychotherapy of hysterical neurosis, hysteria, hysterical personality disorder. *Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia. Medicine Series*. 2010;4:115–118. (In Russ.).
26. Строев ЮИ, Чурилов ЛП. Водная истерия. *Здоровье — основа человеческого потенциала. Проблемы и пути их решения*. 2013;8(2):950–958.
Stroev YuI, Churilov LP. Vodnaya isteriya. *Zdorov'e — osnova chelovecheskogo potenciala. Problemy i puti ih resheniya*. 2013;8(2):950–958. (In Russ.).
27. Дюкова ГМ. Конверсионные и соматоформные расстройства в общей медицинской практике. *Медицинский совет*. 2013;2(2):50–59.
Dyukova GM. Konversionnye i somatoformnye rasstrojstva v obshchej medicinskoj praktike. *Medicinskij sovet*. 2013;2(2):50–59. (In Russ.).
28. John G. Allen John Wiley & Sons, Chichester, West Sussex. 1st ed. 2001:484. https://doi:10.1046/j.1365-2850.2002.00006.x
29. Cardeña E, Spiegel D. Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989. *Am. J. Psychiatry*. 1993;150(3):474–478. https://doi:10.1176/ajp.150.3.474.
30. Ehlers, Clark. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav. Res. Ther*. 2000;38(4):319–345. https://doi:10.1016/s0005-7967(99)00123-0.
31. Frankel, Hypnotizability and dissociation. *Am. J. Psychiatry*. 1990;147(7):823–829. https://doi:10.1176/ajp.147.7.823.
32. Kihlstrom J. One hundred years of hysteria. In: Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives. Lynn S., Rhue J., Eds.; Guilford: New York, NY, USA; 1999:365–394.
33. Van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, et al. Dissociation, somatization, and affect regulation: The complexity of adaptation to trauma. *Am. J. Psychiatry*. 1996;153:83–93. https://doi:10.1023/a:1024800212070.
34. Allen JG, David A Console, Lewis L. Dissociative detachment and memory impairment: reversible amnesia or encoding failure? *Compr. Psychiatry*. 1999;40(2):160–171. https://doi:10.1016/s0010-440x(99)90121-9.
35. Brown RJ. Dissociation and functional neurologic disorders. *Handbook of Clinical Neurology*. 2016;139. (3rd serie) Functional Neurologic Disorders. Ch. 8. https://doi:10.1016/B978-0-12-801772-2.00008-4.
36. Holmes E. Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical impli-

- cations. *Clinical Psychology Review*. 2005;25:1–23. <https://DOI: 10.1016/j.cpr.2004.08.006> 29.
37. van der Hart O, Witztum E, Friedman B. From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *Journal of Traumatic Stress*. 1993;6(1):43–64. <https://DOI:10.1002/jts.2490060106> 29.
 38. Заваденко НН, Симашкова НВ, Смуглевич АБ 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. <https://doi:10.17116/201411412112-22>.
Zavadenko NN, Simashkova NV, Smulevich AB, et al. Dissociative responses in the development path of schizotypal personality disorder (on the model of nosogeny in cancer patients). *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2014;114(12):12–22. (In Russ.). <https://doi:10.17116/201411412112-22>.
 39. Frank W. Putnam. Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective. Guilford Press; 1997.
 40. Дмитриева ТБ, Иммерман КЛ, Качаева МА, Ромасенко ЛВ. Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами. М.: Медицина; 2003.
Dmitriyeva TB, Immerman KL, Kachayeva MA, Romasenko LV. Kriminalnaya agressiya zhenshchin s psikhicheskimi rasstroystvami. M.: Meditsina; 2003. (In Russ.).
 41. Антонян ЮМ, Верещагин ВА, Козюля ВГ. Типология осуждённых с психическими аномалиями (психиатрические и криминологические аспекты). *Российский психиатрический журнал*. 1998;4(1):11–16.
Antonyan YuM, Vereshchagin VA, Kozyulya VG. Tipologiya osuzhdennykh s psikhicheskimi anomaliami (psikiatricheskiye i kriminologicheskiye aspekty). *Rossiyskiy psikiatricheskij zhurnal*. 1998;4(1):11–16. (In Russ.).
 42. Бурмистрова ГА. О влиянии психогении на течение шизофрении. В сб.: Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии. Куйбышев; 1957:240–246.
Burmistrova GA. O vliyaniy psikhogenii na techeniye shizofrenii. V sb.: Aktual'nyye problemy nevropatologii i psikiatrii. Kuybyshev; 1957:240–246. (In Russ.).
 43. Shaner A. Postpsychosis posttraumatic stress disorder. *Journal of nervous and mental disease*. 1991;(11)179–210.
 44. Shore JH, Vollmer WM, Tatum EI. Community patterns of posttraumatic stress disorders. *J. Ment. Dis.* 1989;177:681–685. <https://doi:10.1097/00005053-198911000-00004>.
 45. Лакосина НД. Клинические варианты невротического развития. М.: Медицина; 1970.
Lakosina ND. Klinicheskiye varianty nevroticheskogo razvitiya. M.: Meditsina; 1970. (In Russ.).
 46. Ушаков ГК. Пограничные нервно-психические расстройства М.: Медицина; 1978.
 47. Морозов ГВ. Ступорозные состояния (психогенные и кататонические). Москва; 1968.
Morozov GV. Stuporoznyye sostoyaniya (psikhogennyye i katatonicheskiye). Moskva; 1968. (In Russ.).
 48. Шубина НК. О специфичности ситуационных факторов в развитии реактивных состояний у психопатических личностей. В сб.: Актуальные проблемы пограничной психиатрии. Москва-Витебск; 1989;2:18–20.
Shubina NK. O spetsifichnosti situatsionnykh faktorov v razvitii reaktivnykh sostoyaniy u psikhopaticheskikh lichnostey. Aktualnyye problemy pogranichnoy psikiatrii. Moskva-Vitebsk; 1989;2:18–20. (In Russ.).
 49. Caroli F. Emergency psychiatry. Suicidal tendency obsessions. *Rev. Prat.* 2003;53(11):1177–1179.
 50. Hoch PH, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatr Q.* 1949;23:248–276. <https://doi:10.1007/bf01563119>.
 51. Личко АЕ. Психопатии и акцентуации характера у подростков. М.: Речь; 2010.
Lichko AYe. Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov. M.: Rech; 2010. (In Russ.).
 52. Millar W. Hysteria; a re-evaluation. *J. Ment. Sci.* 1958;104(436):813–821. <https://doi:10.1192/bjp.104.436.813>.
 53. Chodoff P, Lyons H. Hysteria, the hysterical personality and «hysterical» conversion. *Am. J. Psychiatry*. 1958;114:734–740. <https://doi:10.1176/aip.114.8.734>.
 54. Koehler K. Borderline syndrome, neuroses and personality disorders. A comparative study based on research-oriented criteria for borderline schizophrenia. *Nervenarzt*. 1982;53(9):519–523.
 55. Petrilowitsch N, Baer R. Psychopathie 1945 bis 1966. *Fortschr Neurol*. 1967:35–557.
 56. Фильц АО. Соматоформные расстройства (современные методологические подходы к построению модели) В кн.: Ипохондрия и соматоморфные расстройства. Под ред. А.Б. Смугевича. 1991.
Filts AO. Somatoformnyye rasstroystva (sovremennyye metodologicheskiye podkhody k postroyeniyu modeli). Monografiya «Ipkhondriya i somatomorfnyye rasstroystva». Pod red. A.B. Smulevicha. 1991. (In Russ.).
 57. Мягер ВК, Бобкова ВВ. Клинико-электроэнцефалографические данные в анамнезе причин рецидивов неврозов. В сб.: Неврозы и пограничные состояния. Л.; 1972:31–35.
Myager VK, Bobkova VV. Kliniko-elektroentsefalograficheskiye dannyye v anamneze prichin retsidivov nevrozov. Nevrozy i pogranichnyye sostoyaniya. L.; 1972:31–35. (In Russ.).
 58. Немлихер ЛЯ. Неврастения и истерия. Харьков: Научная мысль; 1928.
Nemlikher LYa. Nevrasteniya i isteriya. Kharkov: Nauchnaya mysl; 1928. (In Russ.).

59. Зачепицкий РА. О понятии невроз В сб.: Вопросы современной психоневрологии. Л.: Издательство института им. В.М. Бехтерева; 1968:186–195.
Zachepitskiy RA. O ponyatii nevroz. Voprosy sovremennoy psikhonevrologii. L.: Izdatelstvo instituta im. V.M. Bekhtereva; 1968:186–195. (In Russ.).

60. Жариков НМ. Эпидемиологические исследования в психиатрии. М.: Медицина, 1977.
Zharikov NM. Epidemiologicheskiye issledovaniya v psikhiatrii. M.: Meditsina; 1977. (In Russ.).

Информация об авторе

Попов Сергей Максимович, младший научный сотрудник, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия
E-mail: graypopov@gmail.com

Information about the author

Sergey M. Popov, Junior Researcher, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia
E-mail: graypopov@gmail.com

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Попов Сергей Максимович/Sergey M. Popov
E-mail graypopov@gmail.com

Дата поступления 09.04.2019
Date of receipt 09.04.2019

Дата принятия 10.09.2019
Accepted for publication 10.09.2019

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-102-105>

Суицидологическая секция на Европейском психологическом конгрессе (2–5 июля 2019), Москва, Россия

Бойко О.М.¹, Чистопольская К.А.²

¹ ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

² ГБУЗ «Городская клиническая больница им. А.К. Ерамишанцева», Москва, Россия

Резюме

Цель: изложить обзор содержания всех выступлений участников suicideдологической секции XVI Европейского психологического конгресса в Москве 2–5 июля 2019 г. **Результаты:** в докладах приведен анализ частоты и проявлений актуальных моделей суицидального поведения. Рассмотрены биологические, психологические и социальные факторы риска суицидальных действий, а также характерные контрпереносные реакции специалистов, помогающие выявить острый суицидальный риск. Сопоставлены отечественные и зарубежные модели суицидального поведения. Приведены ссылки на сайты организаций, которые представляли участники, а также на их статьи и тезисы, опубликованные в сборнике трудов конгресса. **Заключение:** обзор материалов конгресса позволяет составить представление о направлениях развития suicideдологии, современных подходах к превенции, интервенции и поственции suicideдов.

Ключевые слова: конгресс; suicideдология; suicideд; самоповреждение; превенция suicideда; поственция при suicideде; антисуицидальная интервенция; суицидальный риск диагностика.

Для цитирования: Бойко О.М., Чистопольская К.А. Suicideдологическая секция на Европейском психологическом конгрессе (2–5 июля 2019), Москва, Россия, *Психиатрия*. 2019;17(4):102–105. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-102-105>.

Section of Suicidology at the XVI European Congress of Psychology (2–5 July 2019), Moscow, Russia

Boyko O.M.¹, Chistopolskaya K.A.²

¹ FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

² CBIH «Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital», Moscow, Russia

Summary

The aim: to present a review of all reports given at the section of suicidology during the XVI European Congress of Psychology in Moscow, 2–5 July 2019. **Results:** the essential models of the origins and development of suicidal behavior are presented in reports. The biological, psychological and social risk factors are reviewed, as well as countertransference reactions of the specialists, which help detecting acute suicidal risk. Russian and foreign models of suicidal behavior are compared briefly. Links to web-sites of organizations, which the speakers represent, are given as well as the link to speakers' articles that were published in the Congress book of abstracts. **Conclusion:** review of Congress materials provides insight into the contemporary approaches to prevention, intervention and postvention of suicidal behavior.

Keywords: congress; suicidology; suicide; self-harm; suicide prevention; suicide postvention; suicide intervention; suicidal risk; diagnostics.

For citation: Boyko O.M., Chistopolskaya K.A. Section of Suicidology at the XVI European Congress of Psychology (2–5 July 2019, Moscow, Russia). *Psychiatry*. 2019;17(4):102–105. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-102-105>.

Предваряя содержательную часть обзора, необходимо отметить безупречную организацию и плотность наполнения докладами suicideдологической секции конгресса. Не имея возможности подробно изложить все сообщения, ниже представим краткий смысл доклада каждого выступающего и несколько подробнее рассмотрим материалы основных спикеров.

Suicideдологическая секция XVI Европейского психологического конгресса открылась выступлением президента Американской ассоциации suicideдологии David Covington (США) с докладом о новой стратегии

превенции самоубийств «Zero Suicide», которая заключается в качественно новом понимании суицидального кризиса и помощи в выходе из него. Докладчик указал на огромную значимость положительных примеров: искренние, подлинные истории людей, прошедших через суицидальный кризис и оставшихся в живых, крайне важны для человека, обдумывающего suicideд, и способны вдохновить его на поиск помощи. David Covington утверждает: «заразителен не suicideд, заразителна отвага». Человеку, переживающему острый кризис, самоубийство может казаться единственным

Ксения Сыроквашина (Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского) в совместном с коллегами докладе рассказала о выявленных по результатам аутопсии факторах суицидального поведения в раннем и позднем подростковом возрасте. Она обратила внимание на исключительную важность, которую занимают конфликтные отношения с родителями, что в очередной раз подчеркивает необходимость доступности психологической помощи семьям как одного из важных факторов превентивной работы.

Ильгиз Тимербулатов (Башкирский государственный медицинский университет) сообщил о полученном в республике Башкортостан антисуицидальном эффекте развертывания сети психотерапевтических кабинетов, оказывающих помощь людям в кризисном состоянии.

Евгений Николаев (Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова) представил доклад с описанием такого фактора суицидального риска, как диссоциативная культурная идентичность.

Ольга Бойко в совместном с Сергеем Ениколоповым (ФГБНУ НЦПЗ) докладе изложила стратегию работы с суицидальной тематикой в группе поддержки для лиц, страдающих психическими заболеваниями. В панельной дискуссии по поводу поственции в школе она акцентировала внимание на организационных и правовых сложностях работы школьных специалистов с детьми из групп риска.

Высокоинформативные доклады представили и сотрудники кризисного отделения ГКБ им. А.К. Ерамишанцева г. Москвы, основанного еще профессором А.Г. Амбрумовой. Ксения Чистопольская в совместном с Сергеем Ениколоповым выступлении представила результаты исследования, в котором были показаны мировоззренческие различия у лиц в остром постсуи-

циде и врачей-психиатров. По мнению авторов, невнимание к расхождениям во взглядах на жизнь и смерть у врачей и суицидальных пациентов способно ухудшать лечебный альянс, а понимание и учет их в работе лучше скажется на исходе терапии. Людмила Миллер рассказала об исследовании жизнестойкости и смысловых ориентаций у людей с разным уровнем суицидального поведения. Галина Романова сделала сообщение об авторской методике, позволяющей оценить установки человека с суицидальным поведением относительно психотерапевтической работы. Ольга Калашникова представила совместное с Дмитрием Леонтьевым, Ольгой Тараненко и Вадимом Гилодом сообщение о паттернах осмысленности в кризисном состоянии и работе с ними.

Закрыло секцию очень информативное и структурированное выступление итальяно-американского психоаналитика Raffaella Calati (Италия, США), посвященное психотерапевтическим интервенциям при суицидальном кризисе, где были представлены данные об их общей эффективности и эффективности различных их компонентов. Представляют интерес и выводы данного выступления, согласно которым не существует стандартного способа вмешательства, в то время как необходима более тщательная диагностика и вытекающий из ее результатов подбор стратегий вмешательства.

По-настоящему эффективным может быть только персонально подобранный тип вмешательства, учитывающий особенности личности человека, ситуации, в которой он находится, и причин, вызвавших суицидальный кризис.

Ознакомиться со статьями и тезисами выступавших специалистов можно по ссылке: https://ecp2019.ru/doc/Book_of_Abstracts_ecp_2019.pdf.

Сведения об авторах:

Бойко Ольга Михайловна, научный сотрудник, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. <https://orcid.org/0000-0003-2895-807X>

E-mail: olga.m.boyko@gmail.com

Чистопольская Ксения Анатольевна, медицинский психолог, ГКБ им. А.К. Ерамишанцева, Москва, Россия. <https://orcid.org/0000-0003-2552-5009>

E-mail: ktchist@gmail.com

Information about authors:

Olga M. Boyko, Research Associate, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. <https://orcid.org/0000-0003-2895-807X>

E-mail: olga.m.boyko@gmail.com

Ksenia A. Chistopolskaya, Medical Psychologist, Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital, Moscow, Russia. <https://orcid.org/0000-0003-2552-5009>

E-mail: ktchist@gmail.com

Для корреспонденции/Corresponding author:

Бойко Ольга Михайловна/Olga M. Boyko

E-mail: olga.m.boyko@gmail.com

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 страниц. 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 дол-

жен быть помещен в текст и сопровождаться нумерованной подписочной 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 истории болезни

на photographиях 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 приставного 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.

Приставный 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/10.30629/2618-6667-2019-17-2-6-15) 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: medkniga@mail.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.