

ПСИХИАТРИЯ

научно-практический журнал

psychiatry



A.S. Tiganov

Главный редактор

А.С. Тиганов, академик РАН, проф., д. м. н. (Москва, РФ)

Зам. гл. редактора Н.М. Михайлова, д. м. н. (Москва, РФ)

E-mail: mikhaylovanm@yandex.ru

Отв. секретарь Л.И. Абрамова, д. м. н. (Москва, РФ)

E-mail: L_Abramova@rambler.ru

Редакционная коллегия

Н.А. Бохан, член-корр. РАН, проф., д. м. н. (Томск, РФ)

О.С. Брусов, к. б. н. (Москва, РФ)

С.И. Гаврилова, проф., д. м. н. (Москва, РФ)

С.Н. Ениколопов, к. п. н. (Москва, РФ)

О.С. Зайцев, д. м. н. (Москва, РФ)

А.Ф. Изнак, проф., д. б. н. (Москва, РФ)

В.В. Калинин, проф., д. м. н. (Москва, РФ)

А.С. Карпов, к. м. н. (Москва, РФ)

Д.И. Кича, проф., д. м. н. (Москва, РФ)

Т.П. Ключник, проф., д. м. н. (Москва, РФ)

Г.И. Копейко, к. м. н. (Москва, РФ)

В.И. Крылов, проф., д. м. н. (Санкт-Петербург, РФ)

Н.А. Мазаева, проф., д. м. н. (Москва, РФ)

Е.В. Макушкин, проф., д. м. н. (Москва, РФ)

М.А. Морозова, д. м. н. (Москва, РФ)

Н.Г. Незнанов, проф., д. м. н. (Санкт-Петербург, РФ)

Г.П. Пантелеева, проф., д. м. н. (Москва, РФ)

С.Б. Середенин, академик РАН, проф., д. м. н. (Москва, РФ)

Н.В. Симашкова, д. м. н. (Москва, РФ)

А.Б. Смудевич, академик РАН, проф., д. м. н. (Москва, РФ)

Т.А. Солохина, д. м. н. (Москва, РФ)

В.К. Шамрей, проф., д. м. н. (Санкт-Петербург, РФ)

Иностранные члены

Н.А. Алиев, проф., д.м.н. (Баку, Азербайджан)

А.Ю. Клинцева, проф., к.б.н. (Делавэр, США)

В. Мачюлис, д. м. н. (Вильнюс, Литва)

О.А. Скугаревский, проф., д. м. н. (Минск, Белоруссия)

А.А. Шюркуте, к. м. н. (Вильнюс, Литва)

Editor-in-Chief

A.S. Tiganov, Academician of RAS, PhD, MD (Moscow, RF)

Deputy Editor-in-Chief N.M. Mikhaylova, PhD, MD

(Moscow, RF)

E-mail: mikhaylovanm@yandex.ru

Executive Secretary L.I. Abramova, PhD, MD (Moscow, RF)

E-mail: L_Abramova@rambler.ru

Editorial Board

N.A. Bokhan, Member Correspondent of RAS, PhD, MD (Toms, RF)

O.S. Brusov, PhD (Moscow, RF)

S.I. Gavrilova, Prof., PhD, MD (Moscow, RF)

S.N. Enikolopov, PhD (Moscow, RF)

O.S. Zaitsev, PhD, MD (Moscow, RF)

A.F. Iznak, Prof., PhD (Moscow, RF)

V.V. Kalinin, Prof., PhD, MD (Moscow, RF)

A.S. Karpov, PhD, MD (Moscow, RF)

D.I. Kicha, Prof., PhD, MD (Moscow, RF)

T.P. Klyushnik, Prof., PhD, MD (Moscow, RF)

G.I. Kopeyko, PhD, MD (Moscow, RF)

V.I. Krylov, Prof., PhD, MD (St. Petersburg, RF)

E.V. Makushkin, Prof., PhD, MD (Moscow, RF)

N.A. Masayeva, Prof., PhD, MD (Moscow, RF)

M.A. Morozova, PhD, MD (Moscow, RF)

N.G. Neznanov, Prof., PhD, MD (St. Petersburg, RF)

G.P. Panteleyeva, Prof., PhD, MD (Moscow, RF)

S.B. Seredenin, Academician of RAS, PhD, MD (Moscow, RF)

N.V. Simashkova, PhD, MD (Moscow, RF)

A.B. Smudevich, Academician of RAS, PhD, MD (Moscow, RF)

T.A. Solokhina, PhD, MD (Moscow, RF)

V.K. Shamrey, Prof., PhD, MD (St. Petersburg, RF)

Foreign Members of Editorial Board

N.A. Aliyev, PhD, MD (Baku, Azerbaijan)

A.Yu. Klintsova, Prof., PhD (Delaware, USA)

V. Matchulis, PhD, MD (Vilnius, Lithuania)

O.A. Skugarevsky, Prof., PhD, MD (Minsk, Byelorussia)

A.A. Shurkute, PhD, MD (Vilnius, Lithuania)

СОДЕРЖАНИЕ



Вопросы психопатологии, клинической и биологической психиатрии

<i>_Терапевтический лекарственный мониторинг кветиапина при терапии шизофрении_</i> Баймеева Н.В., Тихонов Д.В., Мирошниченко И.И.	5
<i>_Патологическая реакция горя в позднем возрасте с исходом в аффективное расстройство_</i> Корнилов В.В.	10
<i>_Кортексин в комплексной амбулаторной терапии астенических нарушений у подростков_</i> Головина А.Г.	24
<i>_Патологические формы игровой деятельности при нарушениях психического развития у детей_</i> Воскресенская С.А., Иванов М.В.	30
<i>_Особенности депрессивных расстройств настроения у подростков_</i> Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е., Дементьева Л.А.	38



Научные обзоры

<i>_Биполярное аффективное расстройство в позднем возрасте_</i> Шпилова Е.С.	46
<i>_Связь профессионального выгорания с депрессией: обзор зарубежных исследований_</i> Вельтищев Д.Ю., Ковалевская О.Б., Серавина О.Ф.	62



Творчество и психическое здоровье. Колонка главного редактора

<i>_Павел Андреевич Федотов (1815–1852)_</i> Тиганов А.С.	69
--	----



Памятные даты

<i>_И.М. Балинский — основоположник отечественной клинической и научной психиатрии_</i> Ястребов В.С.	71
--	----



Наше наследие

<i>_Предсказание в душевных болезнях_</i> Балинский И.М.	74
<i>_Является ли современная концепция обсессивно-компульсивного расстройства новой? От фон Вестфалля (1877) и Томсена (1895) до МКБ-10 и DSM-V / А. Oberbeck, H. Steinberg // Nervenarzt. 2015. 86(9). P. 1162–1167 (расширенный реферат)_</i> Шпилова Е.С.	78



Информация

<i>_О конференции «Методы нейровизуализации в психиатрии», 30 марта 2017 года, Москва_</i> Лебедева И.С.	83
<i>_Международная конференция «Религиозность и клиническая психиатрия»_</i> Гедевани Е.В.	84
<i>_Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности», 18–19 мая 2017 г., Санкт-Петербург_</i> Солохина Т.А., Михайлова Н.М.	88

contents



Problems of Psychopathology, Clinical and Biological Psychiatry

Therapeutic drug monitoring of quetiapine in schizophrenia Baymeeva N.V., Tikhonov D.V., Miroshnichenko I.I.....	5
Pathological grief reaction in late age with affective disorder outcome Kornilov V.V.....	10
Kortexin in the multimodal out-patient therapy of asthenic disorders in adolescents Golovina A.G.	24
Pathological forms of play activity in children with mental development disorders Voskresenskaya S.A., Ivanov M.V.....	30
Features of depressive mood disorders in adolescents Mazaeva N.A., Kravchenko N.E., Dementyeva L.A.....	38



Scientific Reviews

Bipolar disorder in the elderly Shipilova E.S.....	46
Professional burnout and depression relations: A review of international studies Veltishchev D.Yu., Kovalevskaya O.B., Seravina O.F.	62



Creative Genius and Mental Health. A Column of Chief Editor

Pavel Andreevich Fedotov (1815–1852) Tiganov A.S.	69
--	----



Memorable Dates

Balinsky I.M. as a pioneer of clinical and scientific psychiatry in Russia Yastrebov V.S.	71
--	----



Our Heritage

Prediction in mental illnesses Balinsky I.M.....	74
Sind die aktuellen Konzepte der Zwangsstörung ein Novum? Von Westphal (1877) und Thomsen (1895) zur ICD-10 und zum DSM-V / A. Oberbeck, H. Steinberg // Nervenarzt. 2015. 86(9). P. 1162–1167 (detailed abstract) Shipilova E.S.	78



Information

About conference «Methods of neuroimaging in psychiatry», 30 March 2017, Moscow Lebedeva I.S.	83
International conference «Religiosity and clinical psychiatry» Gedeveni E.V.	84
All-Russian scientific and practical conference with international participation «V.M. Bechterev' school — from the beginnings to the present», 18–19 May 2017, Saint-Petersburg Solochina T.A., Mikhaylova N.M.	88

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.

Выходит 4 раза в год.

Все статьи рецензируются.

Журнал включен в перечень научных и научно-техниче-
ских изданий РФ, рекомендованных для публикации ре-
зультатов докторских диссертационных исследований.

Издатель: ООО «Издательство «Медицинское информа-
ционное агентство»

Научный редактор

Петров Алексей Станиславович

Выпускающий редактор

Демидова Ольга Леонидовна

Директор по развитию

Черешкова Елена Анатольевна

Менеджер рекламных проектов

Пархоменко Светлана Владимировна

Адрес издательства:

119048, г. Москва, ул. Усачева, д. 62, стр. 1, оф. 6

Телефон/факс: (499)245-45-55

Сайт: www.medagency.ru

E-mail: medjournal@mail.ru

Адрес редакции:

115522, Москва, Каширское шоссе, д. 34

Телефон/факс: (495)109-03-97

Сайт: www.psychiatry.ru

E-mail: L_Abramova@rambler.ru;

mikhaylovanm@yandex.ru

Приобрести журнал вы можете:

- в издательстве по адресу:
Москва, ул. Усачева д. 62, стр. 1, оф. 6;
- либо сделав заявку по
e-mail: miapubl@mail.ru
или по телефону: (499)245-45-55.

Подписка на 2-е полугодие 2017 г.

Подписной индекс в объединенном каталоге

«Пресса России» — 91790.

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

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

Воспроизведение материалов, содержащихся в настоя-
щем издании, допускается только с письменного разре-
шения редакции.

Мнение редакции журнала может не совпадать с точкой
зрения авторов.

Ответственность за содержание рекламы несут рекламо-
датели.

Подписано в печать 31.07.2017

Формат 60×90/8

Бумага мелованная

ISSN 1683-8319



07004>



9 771683 831007

УДК 616.895.8; 615.03

Терапевтический лекарственный мониторинг кветиапина при терапии шизофрении**Therapeutic drug monitoring of quetiapine in schizophrenia**Баймеева Н.В., Тихонов Д.В., Мирошниченко И.И.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФBaumeeva N.V., Tikhonov D.V., Miroshnichenko I.I.
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, RF

5

Цель: оценить опыт проведения рутинной процедуры терапевтического лекарственного мониторинга (ТЛМ) кветиапина.
Материал: образцы крови, полученные от 35 пациентов (всего 41 образец) с различными формами шизофрении, проходящих лечение в условиях стационара.

Метод: для количественного определения кветиапина в крови применяли метод высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием. На каждого пациента заводилась индивидуальная карта мониторинга, содержащая необходимую клиническую информацию.

Результаты: полученные данные уровня концентрации распределились следующим образом: 75,6% находились в терапевтическом, 4,9% в субтерапевтическом (< 10 нг/мл) и 19,5% в условно токсическом диапазоне (> 600 нг/мл) при назначении кветиапина в дозах от 50 до 1200 мг/сут. Выявлено два случая предполагаемой некомплаентности. Распределение нормированных по дозе концентраций кветиапина носит нормальный характер с небольшой асимметрией в сторону высоких значений. В ходе анализа данных обнаружено, что средние показатели концентрации кветиапина при комбинации с клозапином были в три раза выше, чем при монотерапии. Также обнаружено отсутствие статистически значимого влияния комедикации галоперидолом на концентрацию кветиапина.

Вывод: установленный тип зависимости концентрации кветиапина от дозы препарата и сопутствующей терапии служит важным элементом технологии персонализированной терапии.

Ключевые слова: шизофрения; терапевтический лекарственный мониторинг (ТЛМ); высокоэффективная жидкостная хроматография; тандемная хроматомасс-спектрометрия; кветиапин

The aim was to analyze data of a therapeutic drug monitoring of quetiapine.

Material: blood samples (41 samples in the whole) were received from 35 in-patients treated for various forms of schizophrenia.

A method of a high performance liquid chromatography with mass-spectrometric detection was used for quantitative determination of quetiapine in the blood. Every patient got an individual outpatient card of monitoring that contained necessary clinical information. The obtained data of quetiapine level were distributed in the following way: 75,6% were in the therapeutic, 4,9% in sub-therapeutic (< 10 ng/mL) and 19,5% conditionally toxic range (> 600 ng/mL), for administration quetiapine at doses of 50 to 1200 mg per day. Two cases of alleged noncompliance were revealed. Distribution on the concentration of quetiapine-wells, normalized for dose administration, shows normal level with a slight asymmetry towards high values. During the analysis we have discovered that the average concentration of quetiapine administered in combination with clozapine was higher than with monotherapy, this should be taken into account by clinicians during correction of the therapy. There was no significant effect of co-medication haloperidol on concentration of quetiapine.

Conclusions: the type of connection between the concentration of quetiapine, concomitant therapy and dose of the drug was revealed as important element of patient-centered treatment technology.

Keywords: schizophrenia; therapeutic drug monitoring; high performance liquid chromatography; tandem spectrometry; quetiapine

ВВЕДЕНИЕ

Кветиапин (торговые наименования Сероквель, Кетилепт, Квентиакс, Лаквель и др.) — производное бензодиазепина: 2-[2-(4-дибензо[b,f][1,4]-дiazepин-11-ил-1-пипразинил)этокси]этанол. По фармакологическому действию кветиапин относится

к атипичным антипсихотикам. Механизм действия препарата основан на блокаде серотонинергических (5-HT_{1A}, 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C}) и в меньшей степени дофаминергических (D₁, D₂, D₃, D₄) рецепторов. Основными показаниями к применению кветиапина считаются острые и хронические психотические расстройства, острая фаза мании и биполярной депрессии, шизо-

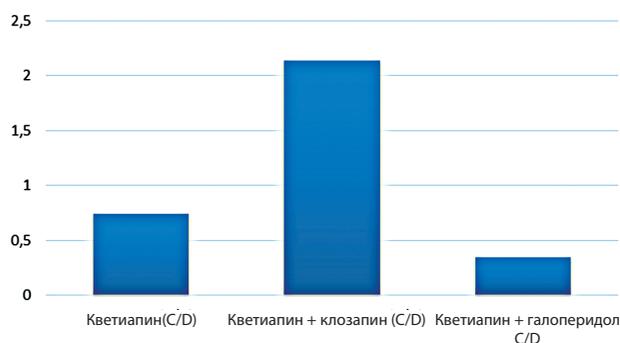


Рис. 3. Диаграмма отношения концентрации к дозе для кветиапина при монотерапии и при комбинации с клозапином и галоперидолом

при монотерапии и комедикации клозапином не выявлено, что можно объяснить малым объемом выборки и сильной вариабильностью результатов в обеих группах данных, пренебрегать этим обстоятельством нельзя. Полученные нами данные согласуются с ранее опубликованными [11] и подчеркивают влияние клозапина при терапии кветиапином. В то же время установлено, что сопутствующий прием галоперидола не оказывал влияния на концентрацию кветиапина. Значения $C/D_{cp} \pm SD$ при сочетанной терапии кветиапина с галоперидолом — $0,35 \pm 0,23 \pm 95\%$ ДИ [0,17;0,53].

У одного из пациентов уже в начальной стадии при назначении кветиапина в дозе 900 мг/сут концентрация препарата достигала 2207 нг/мл, что превышало значение безусловно токсического предела 1800 нг/мл [4]. Концентрация клозапина составляла 964 нг/мл и также превышала верхнюю границу терапевтического диапазона (600 мг/мл). Принято согласованное решение о переводе данного пациента с приема кветиапина на лечение арипипразолом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты, полученные в ходе проведения рутинной процедуры ТЛМ кветиапина, свидетельствуют о распределении концентраций, близком к оптимальному терапевтическому диапазону. Данные, полученные при

мониторинге, могут служить отправной точкой для построения популяционных моделей и нахождения конкретного практического применения в клинической психиатрии.

ТЛМ кветиапина служит инструментом для персонализации антипсихотической терапии пациентов с различными формами шизофрении, позволяет своевременно скорректировать дозу, обосновать перевод на лечение другим препаратом и учесть межлекарственное взаимодействие, ориентируясь на значение концентраций. Очевидно, что при назначении кветиапина с клозапином следует учитывать увеличение концентрации обоих препаратов в плазме крови. Данный факт может быть объяснен тем, что оба лекарственных средства метаболизируются в печени посредством подсемейства цитохрома P450 CYP3A4, исходя из общедоступной информации (инструкция по применению к препаратам). Ни клозапин, ни кветиапин не относятся к ингибиторам ферментов системы цитохрома P450, но взаимное снижение скорости метаболизма и повышение концентрации обоих препаратов при совместном приеме может служить предпосылкой к дополнительному изучению ингибирующего влияния их на ферменты печени. Клозапин сильнее связывается с белками крови и можно предположить, что, конкурируя за центры связывания с кветиапином, клозапин вызывает понижение клиренса кветиапина и повышение его концентрации в крови. Межлекарственное взаимодействие, подтвержденное в том числе данными проведенного исследования, может стать предметом пристального изучения с целью выбора оптимального дозирования.

Дозозависимые побочные эффекты, опасные для организма человека — понижение гормонов щитовидной железы (первые недели приема кветиапина), ортостатическая гипотензия, удлинение интервала QT, поздняя дискинезия, злокачественный нейролептический синдром — еще раз подчеркивают необходимость мониторинга концентрации кветиапина в крови больных для контроля и корректировки принимаемой дозы. Необходимо также корректировать дозу при назначении индукторов и ингибиторов ферментов печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смудевич А.Б., Козырев В.Н., Андрищенко А.В., Зеленина Е.В., Бескова Д.А., Романов Д.В. Практика стационарной терапии психотических состояний кветиапином (сероквелем) по итогам программы «Наследие» (ретроспективное натуралистическое исследование). *Социальная и клиническая психиатрия*. 2009;19(4):47–60.
2. Brett J. Concerns about quetiapine. *Australian prescriber*. 2015;38(3):95. PMID:26648630.
3. Andrade C. Antipsychotic drugs in schizophrenia: relative effects in patients with and without treatment resistance. *J. Clin. Psychiatry*. 2016;77(12):1656–1660. doi: 10.4088/JCP.16f11328.
4. Мирошниченко И.И. Рациональное дозирование и мониторинг лекарственных средств. М.: Медицинское информационное агентство, 2011. 416 с.
5. Smulevich A.B., Kozyrev V.N., Andryushchenko A.V., Zelenina Ye.V., Beskova D.A., Romanov D.V. Praktika stacionarnoy terapii ostryykh psikhoticheskikh sostoyaniy kvetiapinom (serokvelem) po itogam programmy «Nasledie» (retrospektivnoye naturalisticheskoye issledovaniye). *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatrya*. 2009;19(4):47–60.
6. Brett J. Concerns about quetiapine. *Australian prescriber*. 2015; 38(3):95. PMID:26648630.
7. Andrade C. Antipsychotic drugs in schizophrenia: relative effects in patients with and without treatment resistance. *J. Clin. Psychiatry*. 2016;77(12):1656–1660. doi: 10.4088/JCP.16f11328.
8. Miroshnichenko I.I. Rational dosage and monitoring of medicines. M.: Medical news agency, 2011. 416 p.

5. Li K.-Y., Cheng Z.-N., Li X., Bai X.-K., Zhang B.-K., Wang F., Li H.-D. Simultaneous determination of quetiapine and three metabolites in human plasma by high-performance liquid chromatographic-electrospray ionization mass spectrometry. *Acta Pharmacol. Sin.* 2004;25(1):110–114.
6. Mauri M.C., Paletta S., Maffini M., Colasanti A., Dragogna F., Di Pace C., Altamura A.C. Clinical pharmacology of atypical antipsychotics: an update. *EXCLI journal.* 2014;13:1163.
7. Grimm S.W., Richtand N.M., Winter H.R., Stams K.R., Reece S.B. Effects of cytochrome P450 3A modulators ketoconazole and carbamazepine on quetiapine pharmacokinetics. *British journal of clinical pharmacology.* 2006;61(1):58–69. doi: 10.1111/j.1365-2125.2005.02507.x.
8. Mathews M., Muzina D.J. Atypical antipsychotics: new drugs, new challenges. *Cleveland Clinic journal of medicine.* 2007;74(8):597–606.
9. Abib Jr.E., Duarte L.F., Suenaga E.M., de Carvalho Cruz A., Nakaie C.R. Comparative bioavailability of two Quetiapine formulations in healthy volunteers after a single dose administration. *J. Bioequiv. Availab.* 2011;3:178–181. doi: 10.4172/jbb.1000081.
10. Baimeeva N.V., Miroshnichenko I.I. Analytical Methods for the Determination of Atypical Neuroleptics (Review). *Pharmaceutical Chemistry Journal.* 2016;50(5):339–345. doi: 10.1007/s11094-016-1448-4.
11. Castberg I., Skogvoll E., Spigset O. Quetiapine and drug interactions: evidence from a routine therapeutic drug monitoring service. *The Journal of Clinical Psychiatry.* 2007;68(10):1540–1545.

Баймеева Наталья Викторовна — младший научный сотрудник, лаборатория фармакокинетики ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ

E-mail: baymееva_n@mail.ru

Тихонов Денис Витальевич — младший научный сотрудник, отдел по изучению эндогенных психозов и аффективных состояний ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ

E-mail: denvt@list.ru, com

Мирошнichenko Игорь Иванович — профессор, доктор наук, заведующий лабораторией фармакокинетики, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ

E-mail: igormir@psychiatry.ru

Baymееva Natalia — junior researcher, Pharmacokinetics laboratory, FSBSI MHRC, Moscow, RF

E-mail: baymееva_n@mail.ru, com.

Tikhonov Denis — junior researcher, Department of endogenous mental disorders and affective states, FSBSI MHRC, Moscow, RF

E-mail: denvt@list.ru, com

Miroshnichenko Igor — D. es Sci., professor, head of Pharmacokinetics laboratory, FSBSI MHRC, Moscow, RF

E-mail: igormir@psychiatry.ru

Дата поступления 07.03.2017

Дата принятия 29.05.2017

УДК 616.895

Патологическая реакция горя в позднем возрасте с исходом в аффективное расстройство**Pathological grief reaction in late age with affective disorder outcome****Корнилов В.В.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ

Kornilov V.V.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, RF



10

Обоснование: проявления патологической реакции горя (ПРГ) в позднем возрасте достаточно изучены, но мало исследованы их исходы в психические заболевания аффективного спектра.

Цель: изучить исходы ПРГ в позднем возрасте в аффективные расстройства и определить участие различных патогенетических факторов в их развитии.

Пациенты: при обследовании всех больных (225 человек), впервые госпитализированных в гериатрические отделения клиники НЦПЗ по поводу аффективного расстройства, отобраны 60 больных, перенесших в позднем возрасте утрату значимого лица с последующим развитием ПРГ.

Методы исследования: психопатологический, клинический, психометрический, МРТ головного мозга, ЭЭГ, нейропсихологическое обследование, краткая шкала оценки психического статуса (MMSE). Дизайн исследования определял сопоставление клинических особенностей заболевания в разные периоды старения — в пожилом и старческом возрасте.

Результаты: частота аффективного заболевания/расстройства после ПРГ в позднем возрасте оказалась в два раза выше, чем при отсутствии ПРГ после утраты. Исход ПРГ определялся развитием эндогенного аффективного заболевания или аффективного расстройства в рамках пролонгированной депрессивной реакции адаптации. Диагностическое распределение в группе больных пожилого возраста значительно отличалось от такового в старческом возрасте. Рекуррентное депрессивное расстройство развивалось в исходе ПРГ исключительно в пожилом возрасте, в то время как развитие дистимии более характерно для старческого возраста. Во всех случаях исхода ПРГ в позднем возрасте в аффективное заболевание/расстройство особую значимость имели резидуальные реактивные симптомы в клинической картине аффективных эпизодов.

Заключение: клинико-психопатологический анализ показал высокий риск исхода ПРГ в позднем возрасте в аффективное расстройство преимущественно с депрессивными проявлениями. Преобладание эндогенных аффективных заболеваний в пожилом возрасте и затяжных депрессивных реакций адаптации в старческом возрасте, а также наличие резидуальных симптомов ПРГ имеют значение при проведении лечебно-диагностической и реабилитационной работы.

Ключевые слова: поздний возраст; утрата; патологическая реакция горя (ПРГ); аффективные заболевания; депрессивная реакция адаптации

Background: manifestations of pathological grief reactions (PGR) in late age were studied sufficiently, but their outcomes in a case of affective spectrum mental disorders were not studied enough.

The aim of the study was to investigate PGR outcomes in late age in affective disorders and to determine participation of various pathogenic factors in their development.

Material: as a result of blind examination of 225 patients, first hospitalized in geriatric departments of MHRC clinic due to affective illnesses, or disorders, 60 patients were chosen, who had experienced bereavement of important person in late age, with the following development of PGR.

Methods of the study: during the study the following methods were used: psychopathological, clinical, psychometric, human brain MRI, EEG, neuropsychological examination, Mini Mental State Examination (MMSE). The comparative design of the study determined the comparison of the clinical specificities of the disease in different periods of ageing: in elderly age and in old age.

Results: the frequency of affective disease/disorder after PGR in late age was twice as high as in a case of PGR absence after bereavement. The PGR outcome was determined by the development of endogenous affective illness, or affective disorder within the framework of prolonged depressive reaction of adaptation. Diagnostic distribution in the group of patients of the elderly age significantly differed from that one in old age. Recurrent depressive disorder developed in a case of PGR outcome exclusively in the elderly age, while the development of dysthymia was more characteristic of old age. In all the cases of PGR outcomes resulting in affective illness/disorder in late age residual reactive symptoms had special significance in the clinical picture of affective phases and states.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сергеев И.И. О психогенном депрессивном развитии в пожилом возрасте. *Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1976;11:1711–1713.
2. Iglewicz A., Seay K., Vigeant S., Jouhal S., Zisook S. The Bereavement Exclusion: the Truth between Pathology and Politics. *Psychiatric Annals*. 2013;43(6):261–266. doi: 10.3928/00485713-20130605-05.
3. Silver R.C., Wortman C.B. The stage theory of grief. *JAMA*. 2007;297(24):2692. doi.org/10.1001/jama.297.24.2692-a.
4. Engel G.L. Is grief a disease? *Psychosomatic Medicine*. 1961;23(1):18–22. doi.org/10.1097/00006842-196101000-00002.
5. Prigerson H.G., Shear M.K., Jacobs S.C. Consensus criteria for traumatic grief. *The British journal of psychiatry*. 1999;174(1):67–73. doi: 10.1192/bjp.174.1.67.
6. Chouinard G., Chouinard V., Corruble E. Beyond DSM-IV bereavement exclusion criterion for major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2011;80(1):4–9. doi: 10.1159/000316966.
7. Shear M.K., Simon N., Wall, M., Zisook S. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-V. *Depression and anxiety*. 2011;28(2):103–117. doi: 10.1002/da.20780.
8. Zisook S., Simon N.M., Reynolds Ch.F. Bereavement, complicated grief, and DSM, Part 2: Complicated grief. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2010;71(8):1097–1098. doi: 10.4088/jcp.10ac06391blu.
9. Iglewicz A., Zisook S. Grief, complicated grief, and bereavement-related depression psychiatric. *Care of the Medical Patient*. 2015:611–619. doi: 10.1093/med/9780199731855.003.0029.
10. Boelen P.A., Prigerson H.G. Commentary on the inclusion of persistent complex bereavement-related disorder in DSM-V. *Death Studies*. 2012;36(9):771–774. doi: 10.1080/07481187.2012.706982.
11. Летникова З.В. Анализ факторов развития депрессивных расстройств у лиц позднего возраста в условиях одиночества. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2006;16(3):17–21.
12. Калын Я.Б. Личностная значимость пережитых жизненных событий для лиц пожилого и старческого возраста (по данным клинико-эпидемиологического исследования населения старших возрастов, проживающих на ограниченной территории Москвы). *Социальная и клиническая психиатрия*. 1997;7(3):15–20.
13. Друзь В.Ф., Олейникова И.Н. Особенности состояний одиночества психических больных позднего возраста и возможности их психосоциальной коррекции. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2007;4:58–61.
14. Михайлова Н.М. Субклинические психические нарушения у одиноко проживающих лиц пожилого и старческого возраста. *Журн. невропатол. и психиат. им. С.С. Корсакова*. 1992;2:23–27.
15. Prigerson H.G., Maciejewski P.K. Rebuilding consensus on valid criteria for disordered grief. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(5):435. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0293.
16. Zisook S., Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *J. World Psychiatry*. 2009;2:67–74. doi: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x.
17. Lobb E.A., Kristjanson L.K., Aoun S.M., Monterosso L., Halkett G.K.B., Davies A. Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. *Death Studies*. 2010;34:673–698. doi: 10.1080/07481187.2010.496686.
- Sergeev I.I. O psikhogenom depressivnom razvitii v pozhilom vozraste. *Zhurn. Nevropatologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. 1976; 11:1711–1713. (In Russ.).
- Iglewicz A., Seay K., Vigeant S., Jouhal S., Zisook S. The bereavement exclusion: the truth between pathology and politics. *Psychiatric Annals*. 2013;43(6):261–266. doi.org/10.3928/00485713-20130605-05.
- Silver R.C., Wortman C.B. The stage theory of grief. *JAMA*. 2007;297(24):2692. doi.org/10.1001/jama.297.24.2692-a.
- Engel G.L. Is grief a disease? *Psychosomatic Medicine*. 1961;23(1):18–22. doi.org/10.1097/00006842-196101000-00002.
- Prigerson H.G., Shear M.K., Jacobs S.C. Consensus criteria for traumatic grief. *The British journal of psychiatry*. 1999;174(1):67–73. doi: 10.1192/bjp.174.1.67.
- Chouinard G., Chouinard V., Corruble E. Beyond DSM-IV bereavement exclusion criterion for major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2011;80(1):4–9. doi: 10.1159/000316966.
- Shear M.K., Simon N., Wall M., Zisook S. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-V. *Depression and anxiety*. 2011;28(2):103–117. doi: 10.1002/da.20780.
- Zisook S., Simon N.M., Reynolds Ch.F. Bereavement, complicated grief, and DSM, Part 2: Complicated grief. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2010;71(8):1097–1098. doi: 10.4088/jcp.10ac06391blu.
- Iglewicz A., Zisook S. Grief, complicated grief, and bereavement-related depression psychiatric. *Care of the Medical Patient*. 2015: 611–619. doi: 10.1093/med/9780199731855.003.0029.
- Boelen P.A., Prigerson H.G. Commentary on the inclusion of persistent complex bereavement-related disorder in DSM-V. *Death Studies*. 2012;36(9):771–774. doi: 10.1080/07481187.2012.706982.
- Letnikova Z.V. Analiz faktorov razvitiya depressivnykh rasstroistv u lits pozdnego vozrasta v usloviyakh odinochestva. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya*. 2006;16(3):17–21. (In Russ.).
- Kalyn Ya.B. Lichnostnaya znachimost' perezhitikh zhiznennykh sobytii dlya lits pozhilogo i starcheskogo vozrasta (po dannym kliniko-epidemiologicheskogo issledovaniya naseleniya starshikh vozrastov, prozhivayushchikh na ogranichennoi territorii Moskvy). *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya*. 1997;7(3):15–20. (In Russ.).
- Druz' V.F., Oleinikova I.N. Osobennosti sostoyanii odinochestva psikhicheskikh bol'nykh pozdnego vozrasta i vozmozhnosti ikh psikhosotsial'noi korrektsii. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii*. 2007;4:58–61. (In Russ.).
- Mikhailova N.M. Subklinicheskie psikhicheskie narusheniya u odinoko prozhivayushchikh lits pozhilogo i starcheskogo vozrasta. *Zhurn. nevropatol. i psikhiiat. im. S.S. Korsakova*. 1992;2:23–27. (In Russ.).
- Prigerson H.G., Maciejewski P.K. Rebuilding consensus on valid criteria for disordered grief. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(5):435. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0293.
- Zisook S., Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *J. World Psychiatry*. 2009;2: 67–74. doi: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x.
- Lobb E.A., Kristjanson L.K., Aoun S.M., Monterosso L., Halkett G.K.B., Davies A. Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. *Death Studies*. 2010;34:673–698. doi: 10.1080/07481187.2010.496686.

18. Sayar K., Güzelhan Y. Bereavement mania and its treatment: A case presentation. *Bulletin Of Clinical Psychopharmacology*. 2002;12(1):23–25.
19. Morgan J.F., Beckett J., Zolse G. Psychogenic mania and bereavement. *Psychopathology*. 2001;34:265–267 doi: 10.1159/000049320.
20. Carmassi C., Shear M.K., Socci C., Corsi M., Dell'osso L., First M.B. Complicated grief and manic comorbidity in the aftermath of the loss of a son. *J. Psychiatr Pract.* 2013;19(5):419–428. doi: 10.1097/01.pra.0000435042.13921.73.
21. Кекелидзе З.И. Психические расстройства, возникающие при чрезвычайных ситуациях. *Психиатрия: национальное руководство*. Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова и др. М., 2009.
22. Медведев А.В. Руководство по психиатрии чрезвычайных ситуаций. Под ред. З.И. Кекелидзе. 2-е изд. М., 2011.
23. Max L., Stek D.J., Vinkers J. et al. Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American Journal of Psychiatry*. 2005;162:178–180. doi: 10.1176/appi.ajp.162.1.178.
24. Падун М.А. Когнитивный стиль и депрессия. *Экспериментальная психология*. 2009;2(4):81–90.
25. Lex C., Meyer Th.D. Do personality-like risk factors for bipolar and unipolar mood disorder predict attributional style? *International Journal of Cognitive Therapy*. 2009;2(4):325–342. doi: 10.1521/ijct.2009.2.4.325.
26. Иванов С.В. Тревожные расстройства в общей медицине (клиника, фармакотерапия). Психиатрия и психофармакотерапия. 2013;15(4):40–44.
27. Гаврилова С.И., Калын Я.Б. Социально-средовые факторы и состояние психического здоровья пожилого населения. *Вестник Российской Академии медицинских наук*. 2002;9:15–20.
28. Hamilton M. A rating scale for depression. *J. Neural. Neurosurg. Psychiatry*. 1960;23:56–62. doi: 10.1007/springerreference_184614.
29. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. Mini-mental state. *Journal of Psychiatric Research*. 1975;12(3):189–198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.
30. Гаврилова С.И. Современное состояние и перспективы развития отечественной геронтопсихиатрии. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2006;3:5–11.
31. Schum J.L., Lyness J.M., King D.A. Bereavement in late life: risk factors for complicated bereavement. *Geriatrics*. 2005;60(4):18–20. doi: 10.1097/01.JGP.0000203178.44894.db.
32. Cole M.G., Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am. J. Psychiatry*. 2003;160(6):1147–1156. doi: 10.1176/appi.ajp.160.6.1147.
33. Waern M., Spak F., Sundh V. Suicidal ideation in a female population sample. Relationship with depression, anxiety disorder and alcohol dependence/abuse. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2002; 252(2):81–85. doi: 10.1007/s00406-002-0365-6.
34. Grimby A., Johansson A. Factors related to alcohol and drug consumption in swedish widows. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2009;26(1):8–12. doi: 10.1177/1049909107310140.
35. Петухов В.В. Типология индивидуальности. М.: Директмедиа Паблишинг, 2008.
36. Петухов В.В. Общая психология: Сб. текстов: 3 вып. М.: Учеб.-метод. коллектор «Психология», 2000.
37. Alexopoulos G.S. The vascular depression hypothesis: 10 years later. *Biological Psychiatry*. 2006;60(12):1304–1305. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.09.006.
- Sayar K., Güzelhan Y. Bereavement mania and its treatment: A case presentation. *Bulletin Of Clinical Psychopharmacology*. 2002; 12(1):23–25.
- Morgan J.F., Beckett J., Zolse G. Psychogenic mania and bereavement. *Psychopathology*. 2001;34:265–267. doi: 10.1159/000049320.
- Carmassi C, Shear M.K., Socci C., Corsi M., Dell'osso L., First M.B. Complicated grief and manic comorbidity in the aftermath of the loss of a son. *J. Psychiatr Pract.* 2013;19(5):419–428. doi: 10.1097/01.pra.0000435042.13921.73.
- Kekelidze Z.I. Psikhicheskie rasstroistva, vznikayushchie pri chrezvychainykh situatsiyakh. *Psikhiatriya: natsional'noe rukovodstvo*. Pod red. T.B. Dmitrievoy, V.N. Krasnova, N.G. Neznanova i dr. M., 2009. (In Russ.).
- Medvedev A.V. Rukovodstvo po psikhiatrii chrezvychainykh situatsii pod redaktsiei Z.I. Kekelidze. 2-e izd. M., 2011. (In Russ.).
- Max L., Stek D.J., Vinkers J. et al. Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American Journal of Psychiatry*. 2005;162:178–180. doi: 10.1176/appi.ajp.162.1.178.
- Padun M.A. Kognitivnyi stil' i depressiya. *Eksperimental'naya psikhologiya*. 2009;2(4):81–90. (In Russ.).
- Lex C., Meyer Th.D. Do personality-like risk factors for bipolar and unipolar mood disorder predict attributional style? *International Journal of Cognitive Therapy*. 2009;2(4):325–342 doi: 10.1521/ijct.2009.2.4.325.
- Ivanov S.V. Trevozhnye rasstroistva v obshchei meditsine (klinika, farmakoterapiya). *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2013;15(4):40–44. (In Russ.).
- Gavrilova S.I., Kalyn Ya.B. Sotsial'no-sredovye faktory i sostoyanie psikhicheskogo zdorov'ya pozhilogo naseleniya. *Vestnik Rossiiskoi Akademii meditsinskikh nauk*. 2002;9:15–20. (In Russ.).
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J. Neural. Neurosurg. Psychiatry*. 1960;23:56–62. doi: 10.1007/springerreference_184614.
- Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. Mini-mental state. *Journal of Psychiatric Research*. 1975;12(3):189–198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.
- Gavrilova S.I. Sovremennoe sostoyanie i perspektivy razvitiya otechestvennoi gerontopsikhiatrii. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2006;3:5–11. (In Russ.).
- Schum J.L., Lyness J.M., King D.A. Bereavement in late life: risk factors for complicated bereavement. *Geriatrics*. 2005;60(4):18–20. doi: 10.1097/01.JGP.0000203178.44894.db.
- Cole M.G., Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am. J. Psychiatry*. 2003;160(6):1147–1156. doi: 10.1176/appi.ajp.160.6.1147.
- Waern M., Spak F., Sundh V. Suicidal ideation in a female population sample. Relationship with depression, anxiety disorder and alcohol dependence/abuse. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2002;252(2):81–85. doi: 10.1007/s00406-002-0365-6.
- Grimby A., Johansson A. Factors related to alcohol and drug consumption in swedish widows. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2009;26(1):8–12. doi: 10.1177/1049909107310140.
- Petukhov V.V. Tipologiya individual'nosti. M.: Direktmedia Publishing, 2008. (In Russ.).
- Petuhov V.V.. Obshchaya psihologiya: Sb. tekstov: 3 vyp. M.: Ucheb.-metod. kolektor «Psihologiya», 2000. (In Russ.).
- Alexopoulos G.S. The vascular depression hypothesis: 10 years later. *Biological Psychiatry* 2006;60(12):130–1305. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.09.006.

38. Захаров В.В. Депрессия при сосудистых заболеваниях головного мозга. *Эффективная фармакотерапия. Неврология*. 2014;3(31):4–12.
39. Teregulova D., Kutlubaev M., Akhmadeeva L. Depression in neurological practice (in cases of pain syndromes and stroke). *The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine*. 2015;8(3):32–36. doi: 10.20969/vskm.2015.8(3).32-36.
40. Park J.-Il., Chung S.-K., Tae T.W., Yang J.-Ch. Association between vascular risk and depression in the representative Korean elderly population. *J. Neuropsychopharmacol*. 2016;19(1):85. doi: 10.1093/ijnp/pyw043.233.
41. Лапин И.А., Алфимова М.В. ЭЭГ-маркеры депрессивных состояний. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014; 24(4):81–89.
42. Ивонин А.А., Цицерошин М.Н., Куценко Д.О. и соавт. Особенности нарушений процессов межкорковой и корково-подкорковой интеграции при различных клинических проявлениях невротической депрессии. *Физиология человека*. 2008;34(6):10–22.
43. Дубницкая Э.Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2000;3:40–45.
44. Смудевич Н.А. Реактивные депрессии позднего возраста, их типология, течение и исходы в сравнительно-возрастном аспекте. *Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова*. 1989;89(4):76–82.
45. Rooney L. Bereavement round-up: health and mortality effects of bereavement *Bereavement Care*. 2016;35(2):83–84. doi: 10.1080/02682621.2016.1218131.
46. Андриященко А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2000;2(4):104–109.
47. Полищук Ю.И., Баранская И.В. Разрушение высших личностных смыслов как важный фактор развития невротических расстройств в пожилом возрасте. *Клиническая геронтология*. 2001;5–6:17–21.
48. Полищук Ю.И., Баранская И.В. Патологическая реакция на тяжелую утрату в позднем возрасте. *Клиническая геронтология*. 2004;8:63–69.
49. Anderson P. Bereavement associated with early mortality risk. *Lancet*. 2007;370.
50. Psychiatrische Schriften 1914–1962 by Ernst Kretschmer. Ed. W. Kretschmer. *Psychological medicine*. 1975;5(4):423. doi: 10.1017/s0033291700057251.
51. Gallagher-Thompson D., Dupart T., Liu W., Thompson L.W. Assessment and treatment issues in bereavement in later life. *Emotional Disorders in Later Life*. 2008:287–308. doi: 10.1093/med:psych/9780198569459.003.0012.
52. Кутько И.И., Рачкаускас Г.С., Линева А.Н. Стресс и психическое здоровье (психопатология и психосоматика психогенного стресса). *Новости медицины и фармации*. 2013;3(444):20–25.
53. Простяков А.И. Реакция горя и утраты как риск становления коморбидных взаимосвязей. *Материалы конференции «Психиатрия — любовь моя»*. Ростов-на-Дону 2016;519.
54. Malkah Tolpin Notman. Reflections on widowhood and its effects on the self. *Psychodynamic Psychiatry*. 2014;42(1):65–88. doi: 10.1521/pdps.2014.42.1.65.
55. Воронова Е.И., Дубницкая Э.Б. Реактивные (психогенные) депрессии. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2013;5:4–11. doi: 10.17116/jnevro20151152175-85.
- Zakharov V.V. Depressiya pri sosudistyx zabolevaniyakh golovnogo mozga. *Effektivnaya farmakoterapiya. Nevrologiya*. 2014;3(31):4–12. (In Russ.).
- Teregulova D., Kutlubaev M., Akhmadeeva L. Depression in neurological practice (in cases of pain syndromes and stroke). *The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine*. 2015;8(3):32–36. doi: 10.20969/vskm.2015.8(3).32-36.
- Park J.-Il., Chung S.-K., Tae T.W., Yang J.-Ch. Association between vascular risk and depression in the representative Korean elderly population. *J. Neuropsychopharmacol*. 2016;19(1):85. doi: 10.1093/ijnp/pyw043.233.
- Lapin, I. A. Alfimova M. V. EEG-markery depressivnykh sostojanij. *Sotsial'naya i klinicheskaya psixhiatriya* 2014; 24(4):81–89. (In Russ.).
- Ivonin A.A., Tsitseroshin M.N., Kutsenko D.O. i soavt. Osobennosti narushenii protsessov mezhkorkovoi i korkovo-podkorkovoi integratsii pri razlichnykh klinicheskikh proyavleniyakh nevroticheskoi depressii. *Fiziologiya cheloveka* 2008;34(6):10–22. (In Russ.).
- Dubnitskaya E.B. Psikhosomaticheskie sootnosheniya pri depressiyakh u bol'nykh s somaticheskimi zabolevaniyami. *Psixhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2000;3:40–45. (In Russ.).
- Smulevich N.A. Reaktivnye depressii pozdnego vozrasta, ikh tipologiya, techenie i iskhody v sravnitel'no-voznrastnom aspekte. *Zhurn. nevrol. i psixhiatr. im. S.S. Korsakova*. 1989;89(4):76–82. (In Russ.).
- Rooney L. Bereavement round-up: health and mortality effects of bereavement. *Bereavement Care*. 2016;35(2):83–84. doi: 10.1080/02682621.2016.1218131.
- Andryushchenko A.V. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo pri situatsiyakh utraty ob'ekta ekstraordinarnoi znachimosti. *Psixhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2000;2(4):104–109. (In Russ.).
- Polishchuk Yu.I., Baranskaya I.V. Razrushenie vysshikh lichnostnykh smyslov kak vazhnyi faktor razvitiya nevroticheskikh rasstroistv v pozhilom vozraste. *Klinicheskaya gerontologiya*. 2001;5–6:17–21. (In Russ.).
- Polishchuk Yu.I., Baranskaya I.V. Patologicheskaya reaktsiya na tyazheluyu utratu v pozdnem vozraste. *Klinicheskaya gerontologiya*. 2004;8:63–69. (In Russ.).
- Anderson P. Bereavement associated with early mortality risk. *Lancet*. 2007;370.
- Psychiatrische Schriften 1914–1962 by Ernst Kretschmer. Ed. W. Kretschmer. *Psychological medicine*. 1975;5(4):423. doi: 10.1017/s0033291700057251.
- Gallagher-Thompson D., Dupart T., Liu W., Thompson L.W. Assessment and treatment issues in bereavement in later life. *Emotional Disorders in Later Life*. 2008:287–308. doi: 10.1093/med:psych/9780198569459.003.0012.
- Kut'ko I.I., Rachkauskas G.S., Lineva A.N. Stress i psikhicheskoe zdorov'e (psikhopatologiya i psikhosomatika psikhogennogo stressa). *Novosti meditsiny i farmatsii*. 2013;3(444):20–25. (In Russ.).
- Prostyakov A.I. Reaktsiya gorya i utraty kak risk stanovleniya komorbidnykh vzaimosvyazei. *Materialy konferentsii «Psixhiatriya — lyubov' moy»*. Rostov-na-Donu 2016;519. (In Russ.).
- Malkah Tolpin Notman. Reflections on widowhood and its effects on the self. *Psychodynamic Psychiatry*. 2014;42(1):65–88. doi: 10.1521/pdps.2014.42.1.65.
- Voronova E.I., Dubnitskaya E.B. Reaktivnye (psikhogennye) depressii. *Psixhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2013;5:4–11. doi: 10.17116/jnevro20151152175-85. (In Russ.).

56. Полищук Ю.И., Летникова З.В., Гурвич В.Б., Котова З.Ф. Состояние когнитивных функции у лиц позднего возраста, посещающих комплексные центры социального обслуживания. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2008;18(2).
57. Hayes J., Leudar I. Experiences of continued presence: On the practical consequences of «hallucinations» in bereavement. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2015;89(2):194–210. doi: 10.1111/papt.12067.
58. Baldwin R.C. The prognosis of depression. *Current Opinions in Psychiatry*. 2000;13:81–85. doi: 10.1097/00001504-200001000-00014.
59. Baldwin R.C., Chiu E., Katona C. Guidelines on Depression in Older People. Practising the Evidence. *International Psychogeriatrics*. 2004;16(3):366–367. doi: 10.1017/s104161020423071x.
- Polishchuk Yu.I., Letnikova Z.V., Gurvich V.B., Kotova Z.F. Sostoyanie kognitivnykh funktsii u lits pozdnego vozrasta, poseshchayushchikh kompleksnyye tsentry sotsial'nogo obsluzhivaniya. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*. 2008;18(2). (In Russ.).
- Hayes J., Leudar I. Experiences of continued presence: On the practical consequences of «hallucinations» in bereavement. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2015;89(2):194–210. doi: 10.1111/papt.12067.
- Baldwin R.C. The prognosis of depression. *Current Opinions in Psychiatry*. 2000;13:81–85. doi: 10.1097/00001504-200001000-00014.
- Baldwin R.C., Chiu E., Katona C. Guidelines on Depression in Older People. Practising the Evidence. *International Psychogeriatrics*. 2004;16(3):366–367. doi: 10.1017/s104161020423071x.

Корнилов Владимир Владимирович — младший научный сотрудник отделения психозов позднего возраста отдела гериатрической психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ
E-mail: kornilov-74@mail.ru

Kornilov Vladimir — junior researcher, Geriatric psychiatry department, FSBSI MHRC, Moscow, RF
E-mail: kornilov-74@mail.ru

Дата поступления 21.04.2017

Дата принятия 29.05.2017

УДК 616.89-008.441

Кортексин в комплексной амбулаторной терапии астенических нарушений у подростков**Kortexin in the multimodal out-patient therapy of asthenic disorders in adolescents**

Головина А.Г.

ФГНБУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ

Golovina A.G.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, RF



24

Цель исследования: определение профиля эффективности и безопасности Кортексина в амбулаторной терапии астенических расстройств у подростков.

Материал и методы: клинико-психопатологическим методом и с помощью многомерной шкалы для оценки астении MFI-20 обследованы 26 пациентов 15–17 лет (21 юноша, 5 девушек) с астеническими нарушениями. С учетом нозологической природы расстройств выделены две группы больных. Первую группу (13 случаев; 10 юношей, 3 девушки) составили подростки с органическими непсихотическими, а также невротическими, связанными со стрессом и соматоформными нарушениями. Вторая группа (13 случаев; 11 юношей, 2 девушки) включала больных с расстройствами шизофренического спектра. Все пациенты получали Кортексин по 5 мг в/м в течение 10 дней.

Результаты и обсуждение: клиническое улучшение разной степени выраженности на терапии зарегистрировано практически у всех подростков. К моменту окончания терапии астенические проявления редуцировались, показатели астении по опроснику MFI-20 снизились в среднем до 52,8 баллов, что подтверждало психопатологическую оценку. При этом выраженность отдельных параметров астении менялась неодинаково. Так, наименьшую редукцию претерпело снижение мотивации, особенно заметно это было у пациентов с шизотипическими (включая личностные) расстройствами.

Вывод: высокая эффективность, возможность применения в составе комплексной терапии и практически полное отсутствие нежелательных явлений свидетельствуют о целесообразности назначения Кортексина при астенических расстройствах у подростков.

Ключевые слова: Кортексин; подростки; астенические расстройства; терапия; эффективность; нежелательные явления

The aim of the study was to determine the profile of the efficacy and safety of Kortexin in out-patient therapy of asthenic disorders in adolescents.

Material and methods: a total of 26 patients aged 15–17 (21 youths, 5 girls) with asthenic impairments were examined using clinical-pathological method and subjective asthenia rating scale (Multidimensional Fatigue Inventory [MFI-20]). Two groups of patients were singled out, taking into account the nosological nature of disorders. The first group (13 cases: 10 youths and 3 girls) included adolescents with organic non-psychotic, as well as neurotic, associated with stress and somatoform impairments. The second group (13 cases: 11 youths and 2 girls) consisted of patients with schizophrenic spectrum disorders. All the patients received intramuscular injections of Kortexin (5 mg) for 10 days.

Results and discussion: clinical improvement of various degrees was registered during the therapy almost in all the adolescents. By the moment of finishing the treatment a reduction in asthenic manifestations was revealed. Asthenic indices on MFI-20 decreased on the average to 52,8 scores, which confirmed psychopathological evaluation. At the same time the intensity of separate parameters of asthenia changed differently. Thus, the minimal reduction was noticed in motivation lowering, which was especially distinct in patients with schizotypal (including personality) disorders.

Conclusion: the high efficacy, possibility of use in multimodal therapy, and practically complete absence of undesirable effects testifies to appropriateness of Kortexin prescription in a case of asthenic disorders in adolescents.

Keywords: Kortexin; adolescents; asthenic disorders; therapy; efficacy; undesirable effects

ВВЕДЕНИЕ

Терапия астенических расстройств у детей и подростков представляет собой определенные сложности, сопряженные прежде всего с этиопатогенетической неоднородностью астенического синдрома, который может быть обусловлен соматическими страданиями

и быть проявлением собственно психической патологии, а также иметь смешанную природу. Кроме того, сложность адекватной диагностической оценки астенических нарушений, отмечаемая, в частности, специалистами непсихиатрического профиля [1, 2], нередко ассоциирована с их клиническим разнообразием, определяющим выделение в последние годы некоторых из

Таблица 2

Динамика показателей шкалы астении в изученной выборке (n = 26)

Параметры астении по шкале MFI-20	До начала терапии	После завершения курса терапии
Общая астения	19,3 ± 4,2	8,6 ± 3,2
Пониженная активность	17,1 ± 3,6	7,4 ± 3,0
Физическая астения	15,4 ± 3,9	6,8 ± 2,9
Психическая астения	18,2 ± 3,7	8,2 ± 2,7
Снижение мотивации	12,8 ± 3,3	9,8 ± 3,6

Динамика показателей астении по шкале MFI-20 представлена в табл. 2.

Анализ полученных данных демонстрирует достоверную редукцию как астенических нарушений в целом, так и отдельных составляющих симптомокомплекса.

Препарат продемонстрировал свою хорошую переносимость и высокую безопасность. В процессе проведения исследования не обнаружено нон-респондеров, не зарегистрировано ни одного случая отказа от начато-го курса терапии, несмотря на сравнительную сложность инъекционного введения. При повышенной чувствительности пациентов данной возрастной группы к лекарственным воздействиям в процессе лечения Кортексином не отмечалось нежелательных эффектов, не регистрировалось каких-либо аллергических реакций, ажитации, психомоторного возбуждения. Безопасность обсуждаемого препарата оценивалась клинически — с опорой на динамику психопатологических проявлений и соматоневрологического статуса. Не отмечалось как субъективного ухудшения самочувствия, так и объективных показателей негативного воздействия препарата (колебаний АД и температуры, нарушений ритма сердечной деятельности, эпизодов вомитации). По окончании курса терапии не было зафиксировано признаков синдрома отмены (физического дискомфорта, алгий, усиления раздражительности/вялости, эмоциональной

лабильности, диссомнии, утяжеления/возникновения тревожных феноменов, obsessions). Кроме того, существующее в населении предубеждение относительно нежелательности лечения психотропными средствами не распространялось на данный препарат, что можно оценить как дополнительный аргумент в пользу назначения Кортексина в амбулаторной практике подростковой психиатрии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В исследовании показана эффективность и безопасность Кортексина при астеническом синдроме у подростков, его совместимость с препаратами иных лекарственных групп при использовании в составе комплексной терапии. Высокая комплаентность при приеме Кортексина подтверждается отсутствием отказов от продолжения терапии больными, начавшими курс лечения. Хорошие клинические результаты, плеiotропность спектра действия и отсутствие в ходе исследования нежелательных побочных явлений свидетельствуют о сбалансированности действия препарата. Это позволяет полагать, что Кортексин может успешно применяться в подростковой психиатрической практике для лечения различных состояний, включающих в свою структуру астенические расстройства.

ЛИТЕРАТУРА

- Захарова И.Н., Мумладзе Э.Б., Творогова Т.М., Пшеничникова И.И. Астенический синдром в практике педиатра. *Медицинский совет*. 2016;16:30–36.
- Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С., Яковенко С.Я., Анисимова Т.И., Бондарчук Ю.Л., Сергеев А.В. Астенические расстройства у детей и их дифференцированная терапия. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014;12:99–103. doi.org/10.17116/20141141299103.
- Белоусова Т.В. Комплексная терапия критических состояний у новорожденных с перинатальными повреждениями центральной нервной системы. В сб.: Кортексин — пятилетний опыт отечественной неврологии. Под ред. А.А. Скоромца, М.М. Дьяконова. СПб.: Наука, 2005:10–20.
- Иванникова Н.В., Эсаулова И.В., Авдонина В.Ю., Куksина Л.В. Кортексин в комплексной абилитации и реабилитации детей с ограниченными возможностями. *Terra Medica*. 2004; Спецвыпуск:7–8.
- Zakharova I.N., Mumladze E.B., Tvorogova T.M., Pshenichnikova I.I. Astenicheskii sindrom v praktike pediatria. *Meditsinskii sovet*. 2016;16:30–36. (In Russ.).
- Chutko L.S., Surushkina S.Yu., Nikishena I.S., Yakovenko S.Ya., Anisimova T.I., Bondarchuk Yu.L., Sergeev A.V. Astenicheskie rasstroistva u detei i ikh differentsirovannaya terapiya. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2014;12: 99–103. (In Russ.). doi.org/10.17116/20141141299103.
- Belousova T.V. Kompleksnaya terapiya kriticheskikh sostoyanii u novorozhdennykh s perinatal'nymi povrezhdeniyami tsentral'noi nervnoi sistemy. V sb.: Korteksin — pyatiletnii opyt otechestvennoi nevrologii. Pod red. A.A. Skoromtsa, M.M. D'yakonova. SPb.: Nauka. 2005:10–20. (In Russ.).
- Ivannikova N.V., Esaulova I.V., Avdonina V.Yu., Kuksina L.V. Korteksin v kompleksnoi abilitatsii i reabilitatsii detei s ogranichen-nymi vozmozhnostyami. *Terra Medica*. 2004; Spetsvypusk:7–8. (In Russ.).

5. Калинина Л.В., Цембеева Р.Ц. Кортиксин в детской неврологической практике. *Consilium medicum*. 2010; 9:101–105.
6. Немкова С.А., Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю. Применение кортиксина в комплексной нейрореабилитации у детей. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2015;3:37–43.
7. Студеникин В.М., Пак Л.А., Шелковский В.И., Балканская С.В. Применение Кортиксина в детской неврологии: опыт и перспективы. *Фарматека*. 2008;14:23–29.
8. Чутко Л.С., Ливинская А.М., Никишена И.С. Нейропротекция резидуально-органического поражения головного мозга с проявлением специфических расстройств речи у детей. Нейропротекция при острой и хронической недостаточности мозгового кровообращения. В сб. под ред. А.А. Скоромяца, М.М. Дьяконова. СПб.: Наука. 2007:166–171.
9. Шабалов Н.П., Платонова Т.Н., Скоромяц А.П. Кортиксин в нейропедиатрии. Методические рекомендации. СПб. 2006:64.
10. Smets E.M., Garssen B., Bonke B., De Haes J.C. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J. Psychosom. Res.* 1995;39:315–325.
11. Nijhof S.L., Maijer K., Bleijenberg G., Uiterwaal C.S., Kimpen J.L., van de Putte E.M. Adolescent chronic fatigue syndrome: prevalence, incidence and morbidity. *Pediatrics*. 2011;127(5):1169–1175.

Kalinina L.V. Tsembeeva R.Ts. Korteksin v detskoj nevrologicheskoi praktike. *Consilium medicum*. 2010;9:101–105. (In Russ.).

Nemkova S.A., Zavadenko N.N., Suvorinova N.Yu. Primenenie korteksina v kompleksnoi neiroreabilitatsii u detei. *Rossiiskii vestnik perinatologii i pediatrii*. 2015;3:37–43. (In Russ.).

Studenikin V.M., Pak L.A., Shelkovskii V.I., Balkanskaya S.V. Primenenie Korteksina v detskoj nevrologii: opyt i perspektivy. *Farmateka*. 2008;14:23–29. (In Russ.).

Chutko L.S., Livinskaya A.M., Nikishena I.S. Neuroprotektsiya rezidual'no-organicheskogo porazheniya golovnogo mozga s proyavleniem spetsificheskikh rasstroistv rechi u detei. Neuroprotektsiya pri ostroi i khronicheskoi nedostatochnosti mozgovogo krovoobrashcheniya. V sb. pod red. A.A. Skoromtsa, M.M. D'yakonova. SPb.: Nauka. 2007:166–171. (In Russ.).

Shabalov N.P., Platonova T.N., Skoromets A.P. Korteksin v neiropediatrii. Metodicheskie rekomendatsii. SPb. 2006:64. (In Russ.).

Smets E.M., Garssen B., Bonke B., De Haes J.C. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J. Psychosom. Res.* 1995;39:315–325.

Nijhof S.L., Maijer K., Bleijenberg G., Uiterwaal C.S., Kimpen J.L., van de Putte E.M. Adolescent chronic fatigue syndrome: prevalence, incidence and morbidity. *Pediatrics*. 2011;127(5):1169–1175.

Головина Алла Геннадиевна — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела по изучению проблем подростковой психиатрии ФГНБУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ
E-mail: golovinalla@mail.ru

Golovina Alla — PhD, MD, leading researcher, Department of studying the problems adolescent's psychiatry, FSBSI MHRC, Moscow, RF
E-mail: golovinalla@mail.ru

Дата поступления 04.04.2017

Дата принятия 29.05.2017

УДК 159.922.7; 159.97; 616.89-008

Патологические формы игровой деятельности при нарушениях психического развития у детей**Pathological forms of play activity in children with mental development disorders****Воскресенская С.А., Иванов М.В.**
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ**Voskresenskaya S.A., Ivanov M.V.**
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, RF

30

Обоснование: для детей дошкольного возраста игра является ведущим типом деятельности, исследование ее особенностей имеет большое значение в диагностике и коррекции нарушений психического развития.

Цель: описать патологические формы игровой деятельности у детей раннего детского и дошкольного возраста при нарушениях психического развития.

Материал и методы: клинико-психопатологическим и экспериментально психологическим методами обследовано 160 детей раннего детского и дошкольного возраста из разных нозологических групп: расстройства аутистического спектра (РАС), шизофрения, и задержка психического развития (ЗПР) и умственная отсталость (УМО). Проведено сравнение с показателями игровой деятельности у детей той же возрастной группы с нормативным психофизическим развитием.

Результаты и выводы: игровая деятельность детей с РАС однообразна, непродуктивна и направлена на стереотипное повторение физического свойства предмета (получение сенсорного эффекта). Для детей с РАС характерна «игра-упорядочивание» (выстраивание предметов в ряды). Игре детей из группы шизофрении свойственна беспорядочность и бессмысленность, переходящая на протопатический регрессивный уровень реагирования. У детей дошкольного возраста, страдающих шизофренией, отмечается патологическое фантазирование с чертами перевоплощения и ухода в выдуманные миры. Для детей с РАС и шизофренией общим становится интерес к «неигровым» предметам, а также «феномен переслаивания». При ЗПР отмечается несформированность мотивационной составляющей, сюжет игровой деятельности однообразен, дети предпочитают строительные игры, отсутствует предварительный замысел. Дети с УМО высказывают слабый интерес к игрушкам, не обнаруживается потребности в игре, предметно-игровые действия формируются к середине дошкольного возраста.

Ключевые слова: детский возраст; игровая деятельность; аутизм; шизофрения; задержка психического развития; умственная отсталость; ранняя диагностика

Background: for children of preschool age, play activity is the leading type of activity, examination of its characteristics is important for the diagnosis and psychocorrection.

The aim was to study the pathological forms of play activity in children of early and preschool age in cases of mental disorders.

Material and methods: 160 children of early and preschool age from various nosological groups: autism spectrum disorder (ASD), schizophrenia, intellectual disability (ID) and mental retardation (MR), and a group of peers with normative psychophysical development were clinically, psychologically and experimentally psychologically examined.

Results and conclusion: the playing activity of children with ASD is monotonous, unproductive and aimed at stereotypical repetition of the physical nature of an object (obtaining a sensory effect). Children with ASD tend to play in «ordering» of the objects (alignment of items in the ranks). The playing activity of children from the schizophrenia group is characterized by confusion and senselessness, shifting to a protopathic regressive level of response. Pre-school children suffering from schizophrenia have pathological fantasies with features of transformation and withdrawal to fantasy world. Children with ASD and schizophrenia, tend to take an interest in «non-game» subjects, as well as «interlacing phenomenon». In case of ID the motivational component is not formed, the plot of playing activity is monotonous, children prefer construction games, there is no tentative plan. Children with mental retardation show a weak interest in toys, there is no need for a game, object-play actions appear in the middle of preschool age.

Keywords: childhood; play activity; autism; schizophrenia; intellectual disability; mental retardation; early diagnostics

ВВЕДЕНИЕ

Еще в XVIII в. Жан-Жак Руссо отметил, что для понимания ребенка надо понаблюдать за его игрой [1]. Игра представляет собой своеобразную независимую форму поведения, лежащую в основе значительного периода

жизни человека и особенно периода детства. «Игра является языком для ребенка, а игрушки словами» [2].

Существуют различные методические подходы по раннему определению нарушений психического развития у детей дошкольного возраста, основанные на анализе речевых нарушений (Филиппова Н.В. и со-

авт.) [3], базовых составляющих познавательной деятельности, таких как пространственные представления [4], произвольная регуляция психической активности, пространственных представлений и аффективной регуляции [5], зрительно-конструктивная и графическая деятельность [6] и др.

В настоящей работе методический подход основан на концепции ведущей деятельности, формирующей «зону ближайшего развития» ребенка (Выготский Л.С., Леонтьев А.Н., Эльконин Д.Б.). Для детей дошкольного возраста игра служит ведущим типом деятельности, вызывающим качественные изменения в психическом, интеллектуальном, эмоционально-волевом, нравственном развитии и становлении личности в целом [7–10].

Несмотря на многочисленные исследования игровой деятельности в возрастной динамике (Венгер Л.А., Лейтес Н.С., Леонтьев А.Н., Лисина М.И., Мухина В.С., Эльконин Д.Б. и др.), а также при различных нарушениях нервно-психического развития (Скребицкий А.И., Лебединский В.В., Спиваковская А.С. и др.), многие ее стороны остаются малоизученными. Исследование особенностей игровой деятельности приобретает большое значение в диагностике нарушений психического развития у детей и построении психолого-педагогических коррекционных программ.

Цель исследования: изучить патологические формы игровой деятельности у детей раннего и дошкольного возраста при нарушениях психического развития.

МАТЕРИАЛ, МЕТОДЫ И ПРОЦЕДУРА ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 140 детей раннего детского и дошкольного возраста от 1 до 6 лет ($4,2 \pm 0,4$) с признаками отклонений в психическом развитии при психических нарушениях, относящихся к разным нозологическим группам расстройств:

- 1) РАС: детский аутизм (50 детей), атипичный аутизм (30 детей);
- 2) шизофрения, детский тип (20 детей);
- 3) ЗПР (20 детей);
- 4) УМО легкой степени (20 детей).

Критерии включения:

- дети в возрасте от 1 года до 6 лет;
- детский аутизм (по МКБ-10 — F84.0, F84.02);
- атипичный аутизм (F84.1);
- шизофрения, детский тип (F20.8);
- ЗПР (F83);
- УМО легкой степени (F70).

Критерии невключения:

- возраст детей до 1 года и старше 6 лет;
- наличие нарушений анализаторных систем и опорно-двигательного аппарата;
- наличие других психических расстройств и расстройств поведения.

Контрольную группу составили 20 детей того же возраста с нормативным психофизическим развитием.

Исследование проведено в период 2013–2016 гг. на базе отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ, груп-

Таблица 1

Методика экспресс-диагностики нарушений игровой деятельности у детей дошкольного возраста (МЭДИД)

Характеристика игровой деятельности	Балл
1. Адаптация к ситуации игровой деятельности	
Адаптация к игре (взаимодействие с окружающими и интерес к игрушкам)	1
Адаптация возможна только при создании определенных условий	2
Адаптация невозможна	3
2. Побуждение к игровой деятельности	
Самостоятельное активное включение в игру	1
Включение в игру при побуждении со стороны взрослого	2
Нет побуждения к игре	3
3. Устойчивость мотивации игровой деятельности	
Интерес к игре устойчивый	1
Интерес к игре избирательный, только в определенных условиях и к стереотипным игровым действиям	2
Быстрая утрата интереса к игре, пресыщение	3
Игра бесплановая, хаотичная, непоследовательная, неуправляемая	4
4. Эмоциональное сопровождение игры	
Ребенок адекватно реагирует на игровую ситуацию	1
Игра эмоционально невыразительная, нет реакции на новую игрушку	2
Отрицательная реакция на новую игрушку, страх, негативизм к ней	3
Игра с чрезмерным возбуждением, импульсивна	4
Игра с неадекватными, вычурными эмоциональными реакциями	5
5. Усвоение правил игры	
Ребенок правила игры усваивает	1
Правила игры понимает, но не соблюдает	2
Не понимает правил игры, но действует по подражанию	3
Не усваивает правила игры	4
6. Оценка уровня развития игровой деятельности	
Игра соответствует возрасту	1
Уровень развития игры снижен, не соответствует норме	2
Уровень игры неравномерен, имеются элементы ранних форм	3
7. Социальные взаимодействия	
Хорошо играет с детьми	1
Контакт избирательный	2
Нет контакта с детьми (игра в одиночестве)	3
Итоговая сумма баллов:	

па контроля обследована на базе детской поликлиники №28 ДЗ г. Москвы. Консультация пациентов осуществлялась на добровольной основе в соответствии с российским законодательством (см. Закон РФ от 2 июля 1992 г.

№ 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [с изменениями и дополнениями]). Все родители дали информированное добровольное согласие на обследование детей.

Исследование проведено в соответствии с положениями Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г. и с этическими стандартами Локального этического комитета ФГБНУ НЦПЗ.

В работе использованы следующие методы и методики: анамнестический, клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический и статистический. Длительность катамнестического наблюдения составила не менее трех лет.

В основе изучения особенностей игровой деятельности лежит клинико-феноменологический подход и модель наблюдения, предложенная отечественным психологом М.Я. Басовым (1924), который считал, что «всякий факт, всякое наблюдение должно быть зафиксировано в том виде, в каком этот факт или явление существовали как нечто реальное» [11, с. 125]. На основе данного изучения разработана «методика экспресс-диагностики нарушений игровой деятельности у детей дошкольного возраста» (МЭДИД), включающая основные признаки нормативной игры, игры детей при состоянии риска психических нарушений и психической патологии. Данная методика призвана облегчить раннее выявление (скрининг) нарушений психического развития у детей дошкольного возраста при профилактических медицинских осмотрах в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (табл. 1).

ПРОЦЕДУРА ДИАГНОСТИКИ И НАБОР ИГРУШЕК

Диагностика игровой деятельности проводится посредством наблюдения за индивидуальной игрой ребенка дошкольного возраста. При заполнении анкеты учитываются данные, полученные при беседе с родителями. Перед началом исследования необходимо, чтобы ребенок чувствовал себя комфортно и спокойно в кабинете консультирующего специалиста.

Наблюдение за игрой ребенка проводится в кабинете с подготовленным набором игрушек. Рекомендуется использовать набор игрушек, предложенный в методике ГНОМ: три большие и маленькие резиновые игрушки-пищалки в форме различных зверей; кукла; солдатик; собирающиеся пирамида и матрешка (большие и маленькие); пластмассовая коробка с крышкой (10–16 × 26–30 см); большое настенное зеркало, обычная кухонная утварь — небольшая металлическая кастрюля с крышкой, половник; набор металлических машинок — маленькие и большие (2–3 шт.). Разнообразные картинки (собака, кот, курица, яблоко в цветном ярком и черно-белом исполнении размером в половину стандартной печатной страницы); те же изображения, но разрезанные на три и четыре части. Набор картинок (детский вариант методики «классификация»), шесть групп — одежда,

мебель, посуда, еда (включая фрукты, овощи, конфеты), животные, люди. Набор детских стихотворений-четверостиший А. Барто («Мишка», «Бычок», «Мячик», «Зайка») с цветными иллюстрациями к содержанию стиха. Четыре красочные сюжетные картинки с разными временами года. Набор цветных картинок с реалистичным изображением животных, птиц, детей и т.д. Набор цветных шариков и кубиков (7–10 цветов с четкой расцветкой спектра); набор геометрических фигур (простых и сложных), выполненных из пластмассы или дерева; часы, секундомер и др.

Весь экспериментальный материал должен быть гигиеничным, т.е. легко моющимся или обрабатываемым влажной тряпкой, смоченной водой со спиртом.

ОПИСАНИЕ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕТОДИКИ

Методика включает семь разделов по 3–5 параметров в каждой, позволяющие определить группу (степень) психического состояния ребенка (здоровье, риск и патология). Полученные результаты не могут быть использованы для установления медицинского диагноза, они позволяют лишь заподозрить у ребенка нарушения психического развития и достаточно рано начать профилактическую или лечебно-реабилитационную работу. Для валидации МЭДИД (скрининговой методики раннего выявления риска возникновения нарушений психического развития) использованы оценки по протоколу клинического наблюдения — способ психопатологической оценки психического состояния детей раннего и дошкольного возраста (патент РФ на изобретение № 2497453, Калинина М.А., Козловская Г.В., Шимонова Г.Н., 2013) [13]. Это позволило ранжировать показатели МЭДИД при нормальном развитии и при разной степени риска психических нарушений:

- 7–10 баллов (группа здоровья) — игра гармоничная, соответствующая возрасту ребенка;
- 11–17 баллов (группа риска психических нарушений) — относятся дети с особенностями игровой деятельности, близкими к нарушениям, но невыраженными и легко обратимыми при коррекции;
- 18–24 балла (группа возможной психической патологии) — включаются выраженные отклонения игровой деятельности: отставание от возрастного уровня, а также признаки психической патологии (вычурность, хаотичность, переслаивание и др.).

Процедура исследования: диагностика игровой деятельности осуществлялась посредством наблюдения за индивидуальной игрой ребенка. Наблюдение за игрой проводилось в кабинете врача или психолога. Экспериментатор предлагал ребенку поиграть в подготовленные игрушки (набор игрушек аналогичен предложенному в методике ГНОМ — «график нервно-психического обследования малыша») [12]. Результаты наблюдения оценивались с использованием метода качественного анализа и дополнялись актуальными данными, полученными в беседе с родителями.

в выдуманные миры. При ЗПР отмечается несформированность мотивационной составляющей, сюжет игровой деятельности однообразен, дети предпочитают строительные игры, отсутствует предварительный замысел. Дети с УМО проявляют слабый интерес к игрушкам даже на уровне непосредственного манипулирования, не обнаруживают потребности в игре, это объясняется тотальными нарушениями познавательного развития.

С учетом вышеописанных патологических форм игры была разработана методика экспресс-диагностики (МЭ-ДИД), которую могут использовать специалисты (педиатры, психиатры, психологи) при первичных профилактических осмотрах детей первых лет жизни, а также психологи и педагоги в дошкольных учреждениях. Использование методики поможет обнаружить нарушения психического развития у детей дошкольного возраста,

тем самым позволит своевременно начать профилактическую или лечебно-реабилитационную работу на ранних стадиях заболевания.

Проведенное исследование не исчерпывает всей глубины проблемы. В дальнейших исследованиях представляет интерес изучение нарушений игровой деятельности у детей с разными формами РАС, а также разработка психолого-педагогических коррекционных программ с опорой на ведущий тип деятельности детей дошкольного возраста.

Предложенный методический подход в перспективе может быть учтен при разработке клинических рекомендаций и профильных стандартов оказания помощи пациентам в области детской психиатрии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руссо Ж.-Ж. Эмиль, или о воспитании. В кн. История социальной педагогики. Под ред. М.А. Галагузовой. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000:83–98.
2. Landreth G.L. Play therapy: the art of the relationship. N.-Y.: Routledge; Taylor & Francis Group, 2012. doi.org/10.4324/9780203835159.
3. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., Антонова А.А., Деева М.А., Гусева М.А. Роль психолингвистических методов в диагностике нарушений речевого и умственного развития у детей. *Российский психиатрический журнал*. 2016;6:55–61.
4. Иванов М.В. Пространственные представления при нормативном и нарушенном развитии. *Известия ПГПУ им. В.Г. Белинского*. 2012;28:1245–1248.
5. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. СПб.: Речь, 2000:384.
6. Стребелева Е.А., Мишина Г.А. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития детей раннего и дошкольного возраста. М.: Мозаика-Синтез, 2016:200.
7. Выготский Л.С. Игра и ее роль в психологическом развитии ребенка. *Вопросы психологии*. 1966;6:33–41.
8. Мухина В.С. Детская психология. Москва: Эксмо-Пресс, 2000.
9. Обухова Л.Ф., Кандакова Н.Н. Феномен 5 лет. *Психологическая наука и образование*. 2001;1:21–36.
10. Эльконин Д.Б. Психологические игры. М.: Владос, 1999.
11. Басов М.Я. Опыт методики психологических наблюдений над детьми дошкольного возраста. М., 1924.
12. Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В. Определение отклонений в психическом развитии детей раннего возраста: психодиагностический тест «Гном». М.: МГИУ, 2012.
13. Патент РФ на изобретение № 2497453/10.11.2013. Калинина М.А., Козловская Г.В., Шимонова Г.Н. Способ психопатологической оценки психического состояния детей раннего и дошкольного возраста. Доступно по: <http://www.findpatent.ru/patent/249/2497453.html>. Ссылка активна на 11.03.2017.
14. Мухина В.С. Выставка «Кабинет детского психолога — игротерапия в экстрамальной и повседневной практике» в Художественно-педагогическом музее игрушки РАО, Сергиев Посад. *Развитие личности*. 2005;1:15–25.
- Rousseau J.-J. Jemil', ili o vospitanii . V kn. Istorija social'noj pedagogiki. Pod red. M.A. Galaguzovoj. Moscow, 2000:83–98. (In Russ.).
- Landreth G.L. Playtherapy: the art of the relationship. NY.: Routledge; Taylor & Francis Group, 2012. doi.org/10.4324/9780203835159.
- Filippova N.V., Baryl'nik Yu.B., Antonova A.A., Deeva M.A., Guseva M.A. The role of psycholinguistic methods in the diagnosis of disorders of speech and mental development in children. *Russian Journal of Psychiatry*. 2016;6:55–61. (In Russ.).
- Ivanov M.V. Spatial notions within the normal and disturbed development. *Izv. Penz. gos. pedagog. univ. im. V.G. Belinskogo*. 2012;28:1245–1248.
- Semago N.Ja., Semago M.M. Teorija i praktika ocenki psihicheskogo razvitija rebenka. Doshkol'nyj i mladshij shkol'nyj vozrast. St. Petersburg, 2000:384. (In Russ.).
- Strebeleva E.A., Mishina G.A. Psihologo-pedagogicheskaja diagnostika narushenij razvitija detej rannego i doshkol'nogo vozrasta. Moscow, 2016:200. (In Russ.).
- Vygotskij L.S. Igra i ee rol' v psihologicheskom razvitii rebenka. *Voprosy Psichologii*. 1966;6:33–41. (In Russ.).
- Muhina V.S. Detskaja psihologija. Moscow, 2000. (In Russ.).
- Obuhova L.F., Kandakova N.N. Fenomen 5 let. *Psychological Science and Education*. 2001;1:21–36. (In Russ.).
- Jel'konin D.B. Psihologicheskie igry. Moscow, 1999. (In Russ.).
- Basov M.Ja. Opyt metodiki psihologicheskikh nabljudenij nad det'mi doshkol'nogo vozrasta. Moscow, 1924. (In Russ.).
- Kozlovskaya G.V., Kalinina M.A., Gorunova A.V. Opredelenie otklonenij v psihicheskom razvitii detej rannego vozrasta: psihodiagnosticheskiy test «Gnom». Moscow, 2012. (In Russ.).
- Patent RF na izobretenie № 2497453/ 10.11.2013. Kalinina M.A., Kozlovskaja G.V., Shimonova G.N. Sposob psihopatologicheskoy ocenki psihicheskogo sostojanija detej rannego i doshkol'nogo vozrasta. Available at: <http://www.findpatent.ru/patent/249/2497453.html>. Accessed March 11, 2017. (In Russ.).
- Muhina V.S. Vystavka «Kabinet detskogo psihologa — igroterapija v jekstremal'noj i povsednevnoj praktike» v Hudozhestvenno-pedagogicheskom muzee igrushki RAO, Sergejiev Posad. *Development of personality*. 2005;1:15–25. (In Russ.).

15. Sultanova A., Ivanova I. The features of a social situation of development of children under modern Russian conditions. *Tätigkeitstheorie: E-Journal for Activity Theoretical Research in Germany*. 2011;4:53–64. Available at: http://psyjournals.ru/files/52627/tatigkeitstheorie_2011_n2%284%29_Sultanova_Ivanova.PDF. Accessed May 14, 2017.
16. Никольская О.С., Баенская Е.Р. Коррекция детского аутизма как нарушения аффективной сферы: содержание подхода. *Дефектология*. 2014;4:23–33.
17. Козловская Г.В., Калинина М.А. Шизотипический диатез в раннем возрасте как предиктор шизофрении. *Психиатрия*. 2013;4(60):27–31.
18. Башина В.М. Аутистические расстройства у детей. В кн.: Психиатрия: руководство для врачей. Под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 2012;2:822–853.
19. Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. М.: ООО Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000;1:304.
20. Козловская Г.В., Проселкова М.О. Парааутизм — психогенная форма аутизма. *Развитие личности*. 2004;3:73–82.
21. Воскресенская С.А., Козловская Г.В., Симашкова Н.В., Голубева Н.И., Иванов М.В. Нарушения игровой деятельности у детей с расстройствами аутистического спектра. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2016;18(5):46–51.
22. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. М.: Педагогика, 1986.
23. Симашкова Н.В. и др. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра. Под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник. М., 2016:288.
24. Забозлаева И.В., Малинина Е.В. Клинико-динамические характеристики процессуального аутизма. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2015;25(2):34–39.

Sultanova A., Ivanova I. The features of a social situation of development of children under modern Russian conditions. *Tätigkeitstheorie: E-Journal for Activity Theoretical Research in Germany*. 2011;4:53–64. Available at: http://psyjournals.ru/files/52627/tatigkeitstheorie_2011_n2%284%29_Sultanova_Ivanova.PDF. Accessed May 14, 2017.

Nikolskaya O.S., Baenskaya E.R. Correction of infantile autism as affective sphere disorder: content of approach. *Defectology*. 2014;4:23–33. (In Russ.).

Kozlovskaya G.V., Kalinina M.A. Schizotypal diathesis at an early age as a predictor schizophrenia. *Psychiatry*. 2013;4(60):27–31. (In Russ.).

Bashina V.M. Autisticheskie rasstrojstva u detej. V kn.: Psihiatrija: rukovodstvo dlja vrachej. Pod red. A.S. Tiganova. Moscow, 2012;2:822–853. (In Russ.).

Spivakovskaja A.S. Psihoterapija: igra, detstvo, sem'ja. Moscow, 2000;1:304. (In Russ.).

Kozlovskaja G.V., Proselkova M.O. Paraautism — psychogenic form of autism. *Personal Development*. 2004;3:73–82. (In Russ.).

Voskresenskaya S.A., Kozlovskaya G.V., Simashkova N.V., Golubeva N.I., Ivanov M.V. Features of play activity in children with autism spectrum disorders. *Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2016;18(5):46–51. (In Russ.).

Lisina M.I. Problemy ontogeneza obshhenija. Moscow, 1986.

Simashkova N.V. i dr. Kliniko-biologicheskie aspekty rasstrojstv autisticheskogo spektra. Pod red. N.V. Simashkovej, T.P. Kljushnik. Moscow, 2016:288. (In Russ.).

Zabozlayeva I.V., Malinina E.V. Clinical-dynamic characteristics of continuous autism. *Social and clinical psychiatry*. 2015;25(2):34–39. (In Russ.).

Воскресенская Светлана Александровна — врач — детский психиатр, соискатель ученой степени кандидата наук отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ, Москва, РФ

E-mail: vskr73@list.ru

Иванов Михаил Владимирович — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы раннего детского возраста отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ, Москва, РФ

E-mail: ivanov-michael@mail.ru

Voskresenskaya Svetlana — child psychiatrist, postgraduate of the Department of child psychiatry, FSBSI MHRC, Moscow, RF

E-mail: vskr73@list.ru

Ivanov Michael — PhD, candidate of psychological sciences, senior researcher of the Department of child psychiatry (group of early childhood), FSBSI MHRC, Moscow, RF

E-mail: ivanov-michael@mail.ru

Дата поступления 28.03.2017

Дата принятия 29.05.2017

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

Особенности депрессивных расстройств настроения у подростков**Features of depressive mood disorders in adolescents****Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е., Дементьева Л.А.**
ФГНБУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ**Mazaeva N.A., Kravchenko N.E., Demytyeva L.A.**
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, RF

38

Цель исследования: сравнительный анализ клинико-динамических особенностей депрессивных состояний у юношей и девушек подросткового возраста.

Материал и методы: клинико-психопатологическим, клинико-катамнестическим и клинико-психологическим методами (с использованием шкалы общего клинического впечатления [CGI], шкалы депрессии Бека для подростков, теста Бойко для исследования черт возбудимости и цветового теста отношений [ЦТО]) исследованы депрессивные состояния у 145 подростков (56 девушек и 89 юношей) 15–17 лет, наблюдавшихся в районном ПНД.

Результаты: подростковые депрессии представляют собой нозологически гетерогенные состояния в структуре аффективной болезни, расстройств шизофренического круга, невротических и связанных со стрессом расстройств, психических нарушений органического генеза в динамике формирующихся расстройств личности. В зависимости от половой принадлежности установлены особенности нозологического распределения депрессий у подростков: у юношей депрессивные состояния чаще выявляются в динамике личностных расстройств, а у девушек — в рамках аффективной болезни. В зависимости от пола обнаружены различия в частоте депрессий разной степени выраженности и продолжительности. Феноменологические проявления при тяжелых относительно редких в подростковом возрасте эндогенных депрессиях были структурно схожи с таковыми у взрослых и не зависели от половой принадлежности. Различия в клинической картине депрессивных расстройств между юношами и девушками наблюдались при субсиндромальных, легких и умеренных депрессивных эпизодах.

Выводы: в формировании депрессивных состояний в подростковом возрасте участвует комплекс факторов, одни из которых могут быть «возрастзависимыми», другие общими с депрессиями зрелого возраста.

Ключевые слова: подростки; депрессии; психопатология

The purpose of the study was to compare the clinical and dynamic characteristics of depression in adolescent boys and girls.

Material and methods: clinical psychopathological, clinical and follow-up clinical-psychological methods (using a «scale of common clinical impression» of CGI, scale and Beck depression for teenagers test Boyko to study the traits of excitability and colour test of relations [TSTO]) investigated depression in 145 adolescents (56 girls and 89 boys) aged 15–17 years, observed in regional PND.

Results: adolescent depression represents heterogeneous disorders in the structure of affective illness, schizophrenic disorders circle, neurotic and stress related disorders, organic disorders and in the dynamics of emerging personality disorders. The nosological distribution of depression in adolescents depends on the gender: depressions in adolescent males were more frequently found in the dynamics of personality disorders, but the depressions in adolescents girls were in the framework of affective illness. There were gender differences of frequency of depressions of varying severity and duration. The severe depressions are relatively rare in adolescents. A phenomenological manifestation of endogenous depression was structurally similar to those seen in adults not depending on gender. Some differences in the clinical picture of depressive disorders between boys and girls were observed in subsyndromic, mild and moderate depressive episodes.

Conclusions: there is a complex of factors involved in the formation of depression in adolescence, some of which may be due to age, others are common to the depression of adulthood.

Keywords: adolescents; depression; psychopathology

ВВЕДЕНИЕ

Вопрос о сущности подростковых депрессий остается актуальной проблемой современной психиатрической науки. Депрессивные состояния относятся к одно-

му из распространенных видов психической патологии подросткового возраста, часто сопровождаются нарушениями поведения, суицидами, имеют тенденцию к рецидивированию, приводят к серьезным медицинским и социальным последствиям. Они отличаются от депрес-

сий у взрослых не только клиническими проявлениями, но и особенностями патогенеза и этиологии. Обращают на себя внимание различия в распространенности депрессивных расстройств в зависимости от пола, которые становятся очевидными уже в пубертате и говорят о значимости гендерного¹ фактора в формировании депрессивных состояний. В большинстве современных работ сообщается о большей подверженности женского пола, чем мужского, депрессивным расстройствам [1, 2]. Гендерные отличия касаются как частоты, так и особенностей клинических симптомов депрессивных состояний [3, 4]. Согласно международным исследованиям, двукратное преобладание среди страдающих депрессией лиц женского пола выявляется независимо от расового или этнического происхождения [5]. По мере взросления, наряду с постепенным увеличением доли заболевших аффективными расстройствами, происходит и изменение гендерной пропорции в этой группе [6]. Если в детском возрасте соотношение мальчиков и девочек с аффективной патологией примерно одинаково, даже с небольшим перевесом мальчиков, то в интервале 12–13 лет доля девочек увеличивается в два раза [7].

Полагают, что традиционное воспитание девочек, формирование принятых в европейской культуре гендерных стереотипов благоприятствует развитию у них таких предрасполагающих к депрессии психологических особенностей, как негативное мышление, неуверенность в себе, склонность к заниженной самооценке. Кроме того, не соответствующие современным представлениям о красоте физические изменения, увеличение массы тела, связанные с половым созреванием, зачастую вызывают у девушек негативные эмоции и тяжелые переживания. Также девушки по сравнению с юношами более уязвимы в отношении стрессовых ситуаций в связи с иными по сравнению с юношами копинговыми стратегиями [8]. Следует иметь в виду, что периодические колебания уровня гормонов, особенно характерные для лиц женского пола, вызывают изменения эмоционального фона и становятся факторами, предрасполагающими к развитию депрессивных расстройств настроения. В западной психиатрии принято различать депрессивное расстройство как состояние, отвечающее критериям DSM-V, и депрессивные симптомы, по своей выраженности еще им не соответствующие, причем именно субсиндромальные депрессии у подростков весьма часты — 2–50% случаев [9].

Целью проведенного исследования являлся сравнительный анализ клинико-динамических особенностей депрессивных состояний у юношей и девушек подросткового возраста.

Материал и методы исследования. В изученную группу были включены несовершеннолетние старшего

¹ Наряду с понятием «пол» в современных психиатрических и психологических работах употребляется понятие «гендер». Хотя во многом эти термины схожи, но не идентичны по смыслу. В русскоязычной литературе «гендер» используется для обозначения психологических и поведенческих стереотипов функционирования, складывающихся под влиянием социо-культуральной среды, а термин «пол» подразумевает биологически детерминированные (анатомические, физиологические, гормональные) различия.

подросткового возраста (15–17 лет; 89 юношей и 56 девушек), наблюдавшиеся в течение 2012–2016 гг. в подростковом кабинете одного из московских ПНД в связи с депрессивными проявлениями разного уровня.

Критерии включения: наличие депрессивных расстройств разной степени тяжести (оценка выраженности синдрома проводилась согласно критериям МКБ-10), информированное согласие подростка и его законных представителей на участие в исследовании.

Критерии не включения: манифестные психотические состояния, аффективные синдромы психотического уровня с неконгруэнтными аффективному полюсу развернутыми бредовыми расстройствами, умственная отсталость, тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации.

Основными **методами исследования** служили клинико-психопатологический и клинико-катамнестический, дополненные данными клинико-психологического обследования, которое было проведено у 60% подростков (для формализованной оценки состояния использовались шкалы общего клинического впечатления [CGI], шкала А. Бека для подростков, тесты Бойко, цветовой тест отношений [ЦТО]). Статистический анализ проводился с использованием метода углового преобразования Фишера (критерий Фишера) для оценки статистической значимости различий частоты встречаемости того или иного показателя между группами подростков мужского и женского пола; критерия Шапиро–Уилка для проверки гипотезы о нормальности распределения интервальных показателей в количественных тестах; тестов гомогенности дисперсий (однородности распределений признака) в исследуемых группах Фишера (F-критерий Фишера), Левина и Брауна–Форсайта; параметрического t-критерия Стьюдента для оценки статистической значимости различий исследуемого признака у подростков женского и мужского пола. Достоверным считался уровень значимости $p \leq 0,01$ и $p \leq 0,05$.

Полученные результаты. Материал исследования включил 145 подростков, соотношение девушек (56) и юношей (89) составило 1:1,6, что в общем отражает представленность лиц женского и мужского пола в контингенте больных подросткового кабинета с превалированием в два раза юношей (1:2). Некоторое смещение в изученной группе пропорции в сторону увеличения доли девушек может указывать на предпочтительность в старшем подростковом возрасте лиц женского пола среди страдающих аффективной патологией.

В отношении таких клинических параметров, как наследственная отягощенность и перинатальная патология, подростки обоего пола заметно не отличались. Разнообразные психические нарушения в роду отмечались у 2/3 юношей и девушек (69,7 и 69,6% соответственно). Перинатальная патология выявлялась у 3/4 подростков с незначительным перевесом юношей (74,2 и 71,4% соответственно).

Средний возраст, в котором больные обращались к подростковому психиатру по поводу расстройств настроения, равнялся 16,1 года, он оказался несколько меньшим у девушек ($15,9 \pm 0,925$ и $16,3 \pm 0,896$ соответ-

Таблица 1

Распределение депрессивных состояний по степени тяжести и гендерной принадлежности

Степень тяжести депрессий	Число больных		Пол			
	абс.	%	муж.	%	жен.	%
Субсиндромальные	34	23,4	29	32,6*	5	8,9*
Легкой степени	50	34,5	32	35,9	18	32,1
Средней степени	49	33,8	25	28,1*	24	42,9*
Тяжелые	12	8,3	3	3,4*	9	16,1*
Итого	145	100	89	100,0	56	100,0

* $p \leq 0,05$.

ственно). Лица женского пола, у которых наблюдались депрессивные состояния, в целом были младше юношей. Так, доля 15–16-летних девушек составляла 69,6% (против 44,9% юношей).

Зачастую подростки не сразу прибегали к помощи специалиста. Ретроспективный анализ выявил предпочтительность манифестации подростковых депрессий уже в раннем пубертате. В частности, дебют аффективных расстройств у значительной части подростков приходился на ранний подростковый возраст — до 15 лет (124 подростка; 85,5%). При этом первые признаки расстройств настроения у девушек возникали раньше и часто оказывались приуроченными к наступлению менархе (12–13 лет). У подростков мужского пола депрессии развивались на 1–2 года позднее, ближе к 13–14 годам.

Почти у половины подростков (67; 46,2%) обоего пола обнаруживались инициальные проявления депрессий: утрированная лабильность настроения, легковозникающие реакции обиды, недовольства и сниженного настроения в ответ на обыденные ситуативные проблемы. Инициальные расстройства в два раза чаще наблюдались в анамнезе у девушек (67,9 против 32,6%). Наиболее распространенными оказались подпороговые колебания настроения, связанные с гормональным фоном: еще до развития очерченной депрессии у большинства девушек наблюдались кратковременные (1–2 дня) эпизоды «предменструальной хандры». Дебюту депрессивных расстройств у 44,8% (65 больных) подростков предшествовала экзогенная (обычно психогенная) провокация, которая у девушек отмечалась несколько чаще (51,8%) по сравнению с юношами (40,4%).

Длительность ювенильных депрессий была различной. Наряду с затяжными, длящимися около года или более и свойственными большинству подростков обоего пола депрессиями (97; 66,8%), приблизительно в третьей части (44; 30,3%) случаев наблюдались короткие (от 2 до 16 нед.) или средней продолжительности эпизоды (от 4 до 6 мес.). Изредка (4; 2,8%) констатировались ультракороткие депрессивные спады настроения, продолжительность которых не превышала нескольких дней. Характерными для юношей оказались затяжные депрессивные состояния, нередко с «размытыми» временными границами, которые зачастую растягивались на весь подростковый период (69; 77,5%). У подростков

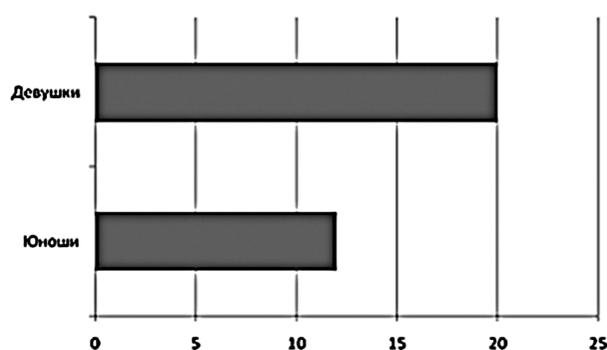


Рис. 1. Средний суммарный балл по шкале Бека у девушек и юношей

женского пола депрессии были более очерченными по времени. Наряду с наблюдавшимися в половине случаев затяжными депрессивными эпизодами, имели место короткие и средней продолжительности депрессии, которые выявлялись намного чаще, чем у юношей (27; 48,2% и 17; 19,1% соответственно; $\varphi_{эмп}^{*2} = 3,377$; $p = 0,000$).

Пубертатные депрессии у подростков обоего пола, как правило, неглубокие легкой, реже средней тяжести, не являлись исключением и подпороговые, не достигающие уровня развернутого синдрома. Тяжелые депрессии встречались намного реже. Данные представлены в табл. 1.

По шкале CGI и тесту Бека частота выраженных депрессий у подростков женского пола выше: аффективные расстройства у 42,9% приближались к депрессиям средней тяжести ($\varphi_{эмп}^{*2} = 1,823$; $p = 0,034$), примерно у одной трети депрессивные эпизоды квалифицировались как легкие (32,1%). А у юношей наиболее распространенными (68,5%) оказывались именно легкие (35,9%) и стертые, субсиндромальные (32,6%) аффективные состояния ($\varphi_{эмп}^{*2} = 3,570$; $p = 0,000$), в то время как депрессии средней тяжести были представлены в 1,5 раза реже, чем у девушек ($\varphi_{эмп}^{*2} = 1,823$; $p = 0,034$).

Развернутые тяжелые депрессивные эпизоды (8,3%) отмечались только в рамках эндогенной психической патологии и почти в пять раз чаще наблюдались у подростков женского пола ($\varphi_{эмп}^{*2} = 2,668$; $p = 0,003$).

² Полученное эмпирическое значение φ^* находится в зоне статистической значимости.

яний. Сочетание этих «возрастозависимых» факторов обуславливает повышенную чувствительность к повседневным психологическим проблемам, предопределяет особенности реагирования на них, превращая их в стрессовые, что, вероятно, облегчает развитие депрессивных синдромов. При этом гендерная принадлежность в какой-то мере объясняет степень влияния того или иного «возрастозависимого» фактора.

Изменение гормонального фона служит одним из таких «возрастозависимых» факторов, облегчающих развитие подростковых депрессий. Известно, что учащение подростковых депрессий происходит именно в период полового созревания, характеризующегося прежде всего изменением соотношения уровня разных гормонов. Активизация гонад начинается в препубертате, причем у девочек несколько раньше — в 9–12 лет, у мальчиков — в 12–14 лет. На этом этапе заметно уменьшается синтез мелатонина, подавляющего выработку соматотропного гормона и люлиберина. Юноши прибавляют массу тела и растут. Когда рост приостанавливается, уровень половых гормонов остается высоким, при этом увеличивается уровень кортизола — гормона стресса, являющегося антагонистом соматотропного гормона. Высокий уровень кортизола влияет на эмоциональное состояние и повышает степень агрессивности. Возможно этот гормональный дисбаланс играет значимую роль в формировании «мужского депрессивного синдрома», который нередко наблюдается у подростков мужского

пола и взрослых мужчин. Косвенными свидетельствами участия гормонального дисбаланса в становлении депрессий у юношей служат данные исследований, в которых утверждается, что высокий уровень кортизола в слюне у мальчиков пубертатного возраста, выявляемый у них на фоне гипотимий, играет роль предиктора развития в более зрелом возрасте большого депрессивного эпизода [10].

О связи гормональных изменений в пубертате с развитием депрессивных состояний у девушек предполагается в одной из современных зарубежных работ [11], в которой приводится наблюдение, что девочки с ранними менархе чаще болеют депрессиями, в том числе сезонным аффективным расстройством. Нельзя не вспомнить описанный Кречмером тип телосложения у предрасположенных к колебаниям настроения лиц, так как ранние менархе характерны для девочек с дигестивным (пикническим) типом телосложения.

Наряду с биологическими и физиологическими факторами значимую роль в возникновении расстройств настроения у подростков играют связанные с возрастом психологические особенности — выраженная зависимость от социально-средовых влияний, уязвимость к стрессу, лабильность эмоционального фона, неумение использовать зрелые копинг-стратегии.

Таким образом, не разгаданный до настоящего времени феномен подростковых депрессий диктует необходимость дальнейшего всестороннего исследования.

ЛИТЕРАТУРА

- Owens M., Herbert J., Jones P.B., Sahakian B.J., Wilkinson P.Q., Dunn V.J., Croudace T.J., Goodyer J.M. Elevated morning cortisol is a stratified population-level biomarker for major depression in boys only with high depressive symptoms. *PNAS*. 2014.March 4;111(9):3638–3643. doi: 10.1073/pnas.1318786111.
- Roberts C. Depression. Chapter in: Handbook of Adolescent Behavioral Problems: Evidence-based Approaches to Prevention and Treatment. T.P.Gullotta et al. (eds). Springer Science+Business Media New York. 2015:173–191. doi: 10.1007/978-1-4899-7497-6_10.
- Bhatia S.C., Bhatia S.K. Depression in Women: Diagnostic and Treatment Considerations. *Am. Fam. Physician*. 1999.Jul. 1;60(1):225–234.
- Branney P., White A. Big boys don't cry: depression and men. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2008;14:256–262. doi: 10.1192/apt.bp.106.003467.
- ВПА, 2010. Том 2. Популяционные группы и профилактика суицидов, часть 2. Депрессивные расстройства у женщин. С.102–172, часть 3. Депрессивные расстройства у детей и подростков. С.173–230.
- Angold A., Costello E.J. Puberty and depression *Child Adolesc. Psychiatric Clinic Am*. 2006;15:919–937. doi: 10.1016/j.chc.2006.05.013.
- Noval-Aldaco E., Ruiz-Torres M., Lopes-Gil J., Paya-Gonzales B. Psychopathology in women. M. Saenz-Herrero (ed) Springer International Publishing Switzerland. 2015;409–421. doi: 10.1007/978-3-319-05870-2_17.
- Owens M., Herbert J., Jones P.B., Sahakian B.J., Wilkinson P.Q., Dunn V.J., Croudace T.J., Goodyer J.M. Elevated morning cortisol is a stratified population-level biomarker for major depression in boys only with high depressive symptoms. *PNAS*. 2014.March 4; 111(9):3638–3643. doi: 10.1073/pnas.1318786111.
- Roberts C. Depression. Chapter in: Handbook of Adolescent Behavioral Problems: Evidence-based Approaches to Prevention and Treatment. T.P.Gullotta et al. (eds). Springer Science+Business Media New York. 2015:173–191. doi: 10.1007/978-1-4899-7497-6_10.
- Bhatia S.C., Bhatia S.K. Depression in Women: Diagnostic and Treatment Considerations. *Am. Fam. Physician*. 1999.Jul.1;60 (1):225–234.
- Branney P., White A. Big boys don't cry: depression and men. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2008;14:256–262. doi: 10.1192/ apt.bp.106.003467.
- WPA, 2010. Volume 2. Population groups and the prevention of suicide, part 2. Depressive disorders in women. P. 102–172, part 3. Depressive disorders in children and adolescents. P. 173–230.
- Angold A., Costello E.J. Puberty and depression *Child Adolesc. Psychiatric Clinic Am*. 2006;15:919–937. doi: 10.1016/j.chc.2006.05.013.
- Noval-Aldaco E., Ruiz-Torres M., Lopes-Gil J., Paya-Gonzales B. Psychopathology in women. M. Saenz-Herrero (ed) Springer International Publishing Switzerland. 2015;409–421. doi: 10.1007/978-3-319-05870-2_17.

8. Treutiger B.M., Lindberg L. Prevention of depressive symptoms among adolescent girls. Girls at risk. Andershed Anna Karin (ed). Springer, 2013:57–58. ISSN 2195-089X.
9. Gledhill J., Garralda M.E. Sub-syndromal depression in adolescents attending primary care: frequency, clinical features and 6 month outcome. *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology*. 2013;48(5):735–744. doi: 10.1007/s00127-012-0572-z.
10. Dennison M.L. The importance of developmental mechanisms in understanding adolescent depression. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2016;51:791–793. doi: 10.1007/s00127-015-1150-y.
11. Joinson C., Heron J., Lewis G., Croudace T., Araya R. Timing of menarche and depressive symptoms in adolescent girls from a UK cohort. *The British Journal of Psychiatry*. 2011;198 (1):17–23. doi: 10.1192/bjp.bp.110.080861.
- Treutiger B.M., Lindberg L. Prevention of depressive symptoms among adolescent girls. Girls at risk. Andershed Anna Karin (ed). Springer, 2013:57–58. ISSN 2195-089X.
- Gledhill J., Garralda M.E. Sub-syndromal depression in adolescents attending primary care: frequency, clinical features and 6 month outcome. *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology*. 2013;48(5):735–744. doi: 10.1007/s00127-012-0572-z.
- Dennison M.L. The importance of developmental mechanisms in understanding adolescent depression. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2016;51:791–793. doi: 10.1007/s00127-015-1150-y.
- Joinson C., Heron J., Lewis G., Croudace T., Araya R. Timing of menarche and depressive symptoms in adolescent girls from a UK cohort. *The British Journal of Psychiatry*. 2011;198 (1):17–23. doi: 10.1192/bjp.bp.110.080861.

Мазаева Наталия Александровна — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела по изучению проблем подростковой психиатрии ФГБНУ НЦПЗ, Москва, РФ

E-mail: nmazaeva@yandex.ru

Кравченко Надежда Ефимовна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела по изучению проблем подростковой психиатрии ФГБНУ НЦПЗ, Москва, РФ

E-mail: kravchenkone@mail.ru

Дементьева Людмила Александровна — психолог, научный сотрудник отдела по изучению проблем подростковой психиатрии ФГБНУ НЦПЗ, Москва, РФ

E-mail: la-dementyeva@yandex.ru

Mazaeva Natalia — PhD, MD, doctor of medical sciences, professor, head of the Department for studying the problems of adolescent psychiatry, FSBSI MHRC, Moscow, RF

E-mail: nmazaeva@yandex.ru

Kravchenko Nadezhda — PhD, MD, candidate of medical sciences, senior researcher, Department for studying the problems of adolescent psychiatry, FSBSI MHRC, Moscow, RF

E-mail: kravchenkone@mail.ru

Dementyeva Lyudmila — psychologist, researcher of the Department for studying the problems of adolescent psychiatry, FSBSI MHRC, Moscow, RF

E-mail: la-dementyeva@yandex.ru

Дата поступления 16.05.2017

Дата принятия 29.05.2017

УДК 616.895.1

Биполярное аффективное расстройство в позднем возрасте**Bipolar disorder in the elderly****Шипилова Е.С.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ

Shipilova E.S.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, RF



46

Цель: представить обзор отечественной и зарубежной научной литературы по проблеме биполярного аффективного расстройства (БАР) в позднем возрасте.

Материал и методы: по ключевым словам «поздний возраст», «биполярное аффективное расстройство», «маниакальные состояния», «депрессивные состояния», «смешанные аффективные состояния» проводился поиск научных статей в базах данных MEDLINE, PUBMED, а также среди других библиографических источников.

Результаты и выводы: распространенность БАР в позднем возрасте неуклонно растет в связи с общим постарением популяции. Сохраняются расхождения в представлениях о возрастных особенностях психопатологических проявлений и основных тенденций течения расстройства, а также соотношения типов БАР в позднем возрасте. Большинство современных исследований направлены на изучение лишь отдельных сторон проблемы БАР в позднем возрасте, сравнительно небольшое количество работ нацелено на комплексное изучение клинико-психопатологических аспектов данного расстройства у больных пожилого и старческого возраста. Имеются лишь отдельные указания на различия в клинической картине аффективных эпизодов и течения БАР с ранним (до 60 лет) и поздним (после 60 лет) началом заболевания. В последние годы актуализировалось изучение когнитивных дисфункций в структуре аффективных эпизодов при БАР в позднем возрасте в связи с риском исхода заболевания в когнитивное снижение и деменцию. Остается неразработанной терапия и профилактика БАР у больных пожилого и старческого возраста. Вопросы наследственной отягощенности и патогенеза, разработка терапии и профилактики рецидивов БАР представляют большую значимость для дальнейших исследований.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство; поздний возраст; маниакальные состояния; депрессивные состояния; смешанные аффективные состояния

The aim was to review russian and international scientific literature sources on the prevalence and clinical features of bipolar disorder in the elderly with due regard to the age of onset.

Material and methods: the search of scientific articles was carried out from MEDLINE, PUBMED databases and other reference sources with the use of the keywords «old age», «elderly», «bipolar disorder», «manic states», «depressive states», «mixed affective states».

Results and conclusion: prevalence of bipolar disorder in the elderly is gradually growing due to general population aging. Differences in understanding of age-related features of psychopathological presentation, main tendencies in clinical course and the proportion of types of late-life bipolar disorder are continuing to persist. The majority of contemporary studies are directed to investigation of certain separate points of the problem of bipolar disorder in aged. Lack of research is directed to investigation of clinical and psychopathological aspects of the disease in old and senile age. There is only several data about the differences in clinical course of the disease with early (before 60 years) and late (after 60 years) manifestation. In recent years research in cognitive decline during affective episodes has been becoming actual because of the risk of disease outcomes to cognitive impairment and dementia. Initial therapy and maintenance treatment of late-life bipolar disorder is still developed by halves. The questions of hereditary burden, pathogenesis and outcomes, the development of initial therapy and maintenance treatment of bipolar disorder are significantly actual for further investigations exemplified in late-life patient's contingent.

Keywords: bipolar disorder; old age, manic states; depressive states; mixed affective states

**СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ БАР
В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ**

Первые описания меланхолии и мании как психических заболеваний принадлежат Гиппократу и ученику его школы Аретею Каппадокийскому, жившему в I в. н.э. [1, 2].

Первые завершённые концепции аффективного расстройства разнополюсной структуры относятся к XIX в. и принадлежат, как известно, французским психиатрам. J.P. Falret (1854) впервые выделил две формы циркулярного аффективного помешательства, а J. Baillarger (1854) дал описание сдвоенных маниакальных и депрессивных

для купирования смешанных аффективных состояний у больных позднего возраста до сих пор не разработаны.

ПРЕВЕНТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ ПРИ БАР В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Препаратами выбора для *длительной поддерживающей БАР, проводимой с целью профилактики рецидивов* заболевания в любом возрасте, являются стабилизаторы настроения: антиконвульсанты и соли лития. По результатам исследования GERI-BD [103] была выявлена одинаковая эффективность вальпроатов и солей лития для лечения БАР I типа у пожилых больных, что подтверждало результаты более ранних работ на молодой возрастной когорте [104]. Правда, отмечается низкая переносимость вальпроатов при наличии у больных когнитивных нарушений [105]. Для лучшей переносимости пожилыми пациентами поддерживающей терапии рекомендовано использование данных препаратов в более низких, чем принято, концентрациях (0,40–0,99 МЕ/л вместо 0,8–1,2 МЕ/л для лития и 40–99 мкг/мл вместо 60–120 мкг/мл для вальпроатов) [106]. Сообщается о том, что у 32% пожилых пациентов на фоне длительного приема препаратов лития отмечалось развитие гипотиреоза, а при применении как солей лития, так и вальпроатов присутствует риск спутанности сознания [107].

В последние годы активный интерес исследователей к применению солей лития для лечения БАР у пожилых пациентов обусловлен выявлением в эксперименте нейротрофического эффекта этих соединений. По данным P.V. Nunes и соавт. [108], при сравнении двух групп биполярных пациентов позднего возраста со снижением когнитивных функций было установлено, что лишь у 5% пациентов, регулярно получавших терапию препаратами лития, возникла сопутствующая болезнь Альцгеймера. В то же время в группе больных, не получавших такое лечение, болезнь Альцгеймера была выявлена в 33% наблюдений. Аналогичные результаты получены и в других исследованиях. В эксперименте установлено, что, помимо нормотимического эффекта, соли лития обладают нейротрофическим действием [109]. Нейротрофический эффект солей лития основывается на особом механизме

действия, согласно которому литий подавляет экспрессию и активацию гликогенсинтазы киназы-3 β , а также чрезмерную продукцию β -амилоида и гиперфосфорилирование тау-белка [108, 110–111]. Существуют данные о нейропластическом действии лития, основанном на модуляции оксидативного стресса, уменьшении воспалительных процессов, сокращении избыточных синапсов в нейронной сети и запуске нейрогенеза [112, 113].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Большинством исследователей признается, что распространенность БАР в позднем возрасте неуклонно растет в связи с общим постарением популяции. Сохраняются расхождения в представлениях о возрастных особенностях психопатологических проявлений и основных тенденциях течения заболевания, а также о соотношении типов БАР в позднем возрасте. Исследователи отмечают, что клиническая картина аффективных эпизодов у пожилых больных имеет особые возрастные черты, наиболее отчетливо проявляющиеся при развитии маниакальных состояний. При манифестации БАР после 60 лет отмечена тенденция к увеличению продолжительности аффективных эпизодов, развитию затяжных апатоадинамических депрессий и когнитивной дисфункции различной степени выраженности. Однако имеются лишь отдельные указания на различия в клинической картине аффективных состояний и течения БАР с манифестацией заболевания в период старения в сопоставлении с началом заболевания в молодом и зрелом возрасте и его рецидивированием после 60 лет. Отмечено, что при манифестации заболевания в молодом и зрелом возрасте в период старения увеличивается частота смешанных аффективных состояний, повышается риск течения заболевания по типу «быстрого цикла». Остается неразработанной терапия и профилактика БАР в позднем возрасте. Представляется актуальным изучение проблемы БАР у пожилых с учетом возраста манифестации заболевания, а также его течения и исходов на материале контингента больных позднего возраста.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Angst J., Marneros A. Bipolarity from Ancient to Modern Times: conception, birth and rebirth. *J. Affect. Disord.* 2001; 67:3–19. doi: 10.1016/S0165-0327(01)00429-3.
2. Mason B.L., Brown E.S., Croarkin P.E. Historical underpinnings of bipolar disorder diagnostic criteria. *Behav. Sci.* 2016; 6(3):14. doi: 10.3390/bs6030014.
3. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ. СПб.: АДИС, 1994.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. (DSM-IV) Washington: American Psychiatric Association, 1994.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-V) Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
6. Angst J., Marneros A. Bipolarity from Ancient to Modern Times: conception, birth and rebirth. *J. Affect. Disord.* 2001;67:3–19. doi: 10.1016/S0165-0327(01)00429-3.
7. Mason B.L., Brown E.S., Croarkin P.E. Historical underpinnings of bipolar disorder diagnostic criteria. *Behav. Sci.* 2016;6(3):14. doi: 10.3390/bs6030014.
8. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10). Mental and behavioural disorders. WHO. SPb.: АДИС, 1994. (In Russ.).
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. (DSM-IV) Washington: American Psychiatric Association, 1994.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-V) Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

6. Коренев А.Н. По страницам зарубежных журналов. Биполярные расстройства в новых классификациях DSM-V и МКБ-11 (расширенный реферат). *Психиатрия*. 2015; 65(1):52–56.
7. Ghaemi S.N., Dalley S. The bipolar spectrum: conceptions and misconceptions. *Bipolar Disord.* 2015;13(1):75–84. doi:10.1176/appi.focus.130115.
8. Akiskal H.S. The interface of affective and schizophrenic disorders: a cross between two spectra? In: Marneros A., Akiskal H.S., eds. The overlap of affective and schizophrenia spectra. Cambridge: Cambridge University Press; 2007:277–291.
9. Ng B., Camacho A., Lara D.R., Brunstein M.G., Pinto O.C., Akiskal H.S. A case series on the hypothesized connection between dementia and bipolar spectrum disorders: bipolar type VI? *J. Affect. Disord.* 2008;107(1–3):307–315. doi: 10.1016/j.jad.2007.08.018.
10. Azorin J.M., Kaladjian A., Adida M., Fakra E. Late-onset bipolar illness: the geriatric bipolar type VI. *CNS Neurosci. Ther.* 2012;18:208–213. doi: 10.1111/j.1755-5949.2011.00255.x.
11. Henry C., M'Banlara K., Mathieu F., Poinot R., Falissard B. Construction and validation of a dimensional scale exploring mood disorders: MATHyS (Multidimensional Assessment of Thymic States). *BMC Psychiatry*. 2008;8:82. doi: 10.1186/1471-244X-8-82.
12. Henry C., Luquiens A., Lanzone C., Sapin H., Zins-Ritter M., Gerard S., Perrin E., Falissard B., Lukasiewicz M. Inhibition/activation in bipolar disorder: validation of the Multidimensional Assessment of Thymic States scale (MATHyS). *BMC Psychiatry*. 2013;13:79. doi: 10.1186/1471-244X-13-79.
13. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Цукарзи Э.Э. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению биполярного аффективного расстройства у взрослых (проект). 2013. Доступно по <http://psychiatr.ru/news/183>.
14. Рохлина М.Л. Некоторые особенности течения и клиники маниакально-депрессивного психоза в позднем возрасте. *Ж. неврол. психиатр. им. С.С. Корсакова*. 1965;4(65):567–574.
15. Almeida O.P., Fenner S. Bipolar disorder: similarities and differences between patients with illness onset before and after 65 years of age. *Int. Psychogeriatr.* 2002;14(3):311–322. doi: 10.1017/s1041610202008517.
16. Rouch I., Marescaux C., Padovan C., D'Amato T., Saitta B., Laurent B., Rey R., Lepetit A., Dorey J.M. Hospitalisation for bipolar disorder: comparison between young and elderly patients. *Psychology*. 2015;6:126–131. doi: 10.4236/psych.2015.61011.
17. Aziz R., Lorberg B., Tampi R.R. Treatments for late-life bipolar disorder. *Am. J. Geriatr. Pharmacother.* 2006;4(4):347–364. doi: 10.1016/j.amjopharm.2006.12.007.
18. Trinh N., Forester B. Bipolar disorder in the elderly: differential diagnosis and treatment. *Psychiatric Times*. 2007;24(14):38–43.
19. Sajatovic M., Blow F.C., Ignacio R.V., Kales H.C. New-onset bipolar disorder in later life. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2005; 13(4):282–289. doi: 10.1176/appi.ajgp.13.4.282.
20. Young R.C., Gyulai L., Mulsant B.H., Flint A., Beyer J.L., Shulman K.I., Reynolds C.F. Pharmacotherapy of bipolar disorder in old age. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2004;12(4):342–357. doi: 10.1097/00019442-200407000-00002.
21. Сафарова Т.П., Шешенин В.С., Федоров В.В. Эффективность психофармакотерапии у больных геронтопсихиатрического стационара с функциональными психическими расстройствами. *Психиатрия*. 2013;57(1):24–33.
22. Arnold L.M. Gender differences in bipolar disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2003;26(3):595–620. doi: 10.1016/s0193-953x(03)00036-4.

Korenev A.N. Po stranitsam zarubezhnykh zhurnalov. Bipolyarnye rasstroistva v novykh klassifikatsiyakh DSM-V i MKB-11 (rasshirenyy referat). *Psikhiatriya*. 2015;65(1):52–56. (In Russ.).

Ghaemi S.N., Dalley S. The bipolar spectrum: conceptions and misconceptions. *Bipolar Disord.* 2015;13(1):75–84. doi: 10.1176/appi.focus.130115.

Akiskal H.S. The interface of affective and schizophrenic disorders: a cross between two spectra? In: Marneros A., Akiskal H.S., eds. The overlap of affective and schizophrenia spectra. Cambridge: Cambridge University Press; 2007:277–291.

Ng B., Camacho A., Lara D.R., Brunstein M.G., Pinto O.C., Akiskal H.S. A case series on the hypothesized connection between dementia and bipolar spectrum disorders: bipolar type VI? *J. Affect. Disord.* 2008;107(1–3):307–315. doi: 10.1016/j.jad.2007.08.018.

Azorin J.M., Kaladjian A., Adida M., Fakra E. Late-onset bipolar illness: the geriatric bipolar type VI. *CNS Neurosci. Ther.* 2012; 18:208–213. doi: 10.1111/j.1755-5949.2011.00255.x.

Henry C., M'Banlara K., Mathieu F., Poinot R., Falissard B. Construction and validation of a dimensional scale exploring mood disorders: MATHyS (Multidimensional Assessment of Thymic States). *BMC Psychiatry*. 2008;8:82. doi: 10.1186/1471-244X-8-82.

Henry C., Luquiens A., Lanzone C., Sapin H., Zins-Ritter M., Gerard S., Perrin E., Falissard B., Lukasiewicz M. Inhibition/activation in bipolar disorder: validation of the Multidimensional Assessment of Thymic States scale (MATHyS). *BMC Psychiatry*. 2013;13:79. doi: 10.1186/1471-244X-13-79.

Mosolov S.N., Kostyukova E.G., Tsukarzi E.E. Federal'nye klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu bipolyarnogo affektivnogo rasstroistva u vzroslykh (proekt). 2013. <http://psychiatr.ru/news/183>. (In Russ.).

Rokhlina M.L. Nekotorye osobennosti techeniya i kliniki maniakal'no-depressivnogo psikhhoza v pozdnem vozraste. *Zh. nevrol. psikiatr. im. S.S. Korsakova*. 1965;4(65):567–574. (In Russ.).

Almeida O.P., Fenner S. Bipolar disorder: similarities and differences between patients with illness onset before and after 65 years of age. *Int. Psychogeriatr.* 2002;14(3):311–322. doi: 10.1017/s1041610202008517.

Rouch I., Marescaux C., Padovan C., D'Amato T., Saitta B., Laurent B., Rey R., Lepetit A., Dorey J.M. Hospitalisation for bipolar disorder: comparison between young and elderly patients. *Psychology*. 2015;6:126–131. doi: 10.4236/psych.2015.61011.

Aziz R., Lorberg B., Tampi R.R. Treatments for late-life bipolar disorder. *Am. J. Geriatr. Pharmacother.* 2006;4(4):347–364. doi: 10.1016/j.amjopharm.2006.12.007.

Trinh N., Forester B. Bipolar disorder in the elderly: differential diagnosis and treatment. *Psychiatric Times*. 2007;24(14):38–43.

Sajatovic M., Blow F.C., Ignacio R.V., Kales H.C. New-onset bipolar disorder in later life. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2005;13(4):282–289. doi: 10.1176/appi.ajgp.13.4.282.

Young R.C., Gyulai L., Mulsant B.H., Flint A., Beyer J.L., Shulman K.I., Reynolds C.F. Pharmacotherapy of bipolar disorder in old age. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2004;12(4):342–357. doi: 10.1097/00019442-200407000-00002.

Safarova T.P., Sheshenin V.S., Fedorov V.V. The effectiveness of pharmacological therapy of elderly in-patients with functional mental disorders. *Psikhiatriya*. 2013;57(1):24–33. (In Russ.).

Arnold L.M. Gender differences in bipolar disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2003;26(3):595–620. doi:10.1016/s0193-953x(03)00036-4.

23. Kawa I., Carter J.D., Joyce P.R. et al. Gender differences in bipolar disorder: age at onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar Disord.* 2005;7(2):119–125. doi: 10.1111/j.1399-5618.2004.00180.x.
24. Nivoli A.M., Pacchiarotti I., Rosa A.R. et al. Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. *J. Affect. Disord.* 2011;133(3):443–449. doi: 10.1016/j.jad.2011.04.055.
25. Kessing L.V. Gender differences in subtypes of late-onset depression and mania. *Int. Psychogeriatr.* 2006;18(4):727–738. doi: 10.1017/S104161020600319X.
26. Shulman K.I., Tohen M., Satlin A., Mallya G., Kalunian D. Mania compared with unipolar depression in old age. *Am. J. Psychiatry.* 1992;149(3):341–345. doi: 10.1176/ajp.149.3.341.
27. Grunze H. The clinical side of bipolar disorders. *Pharmacopsychiatry.* 2011;44(1):43–48. doi: 10.1055/s-0031-1275281.
28. Пятницкий А.Н., Андрусенко М.П., Яковлева О.Б. Сравнительно-возрастное исследование моно- и биполярных форм течения поздних аффективных психозов. *Ж. неврол. психиатр. им. С.С. Корсакова.* 1990;90(9):57–61.
29. Dols A., Kupka R.W., van Lammeren A., Beekman A.T., Sajatovic M., Stek M.L. The prevalence of late-life mania: a review. *Bipolar Disord.* 2014;16(2):113–118. doi: 10.1111/bdi.12104.
30. Merikangas K.R., Jin R., He J.P., Kessler R.C., Lee S., Sampson N.A., Viana M.C., Andrade L.H., Hu C., Karam E.G., Ladea M., Medina-Mora M.E., Ono Y., Posada-Villa J., Sagar R., Wells J.E., Zarkov Z. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2011;68(3):241–251. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.12.
31. Zung S., Cordeiro Q., Lafer B., Nascimento A.F., Vallado H. Bipolar disorder in the elderly: clinical and socio-demographic characteristics. *Scientia Medica, Porto Alegre.* 2009;19(4):162–169.
32. Banga A., Gyurmey T., Matuskey D., Connor D.F., Kaplan R.F., Steffens D.C. Late-life onset bipolar disorder presenting a case of pseudo-dementia: a case discussion and review of literature. *Yale Journal of biology and medicine.* 2013;86:235–244.
33. Moorhead S.R., Young A.H. Evidence for a late onset bipolar-I disorder sub-group from 50 years. *J. Affect. Disord.* 2003;73(3):271–277. doi: 10.1016/s0165-0327(01)00476-1.
34. Benedetti A., Scarpellini P., Casamassima F., Lattanzi L., Liberti M., Musetti L., Cassano G.B. Bipolar disorder in late life: clinical characteristics in a sample of older adults admitted for manic episode. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health.* 2008;29:4–22. doi: 10.1186/1745-0179-4-22.
35. Oostervink F., Boomsma M.M., Nolen W.A. EMBLEM Advisory Board. Bipolar disorder in the elderly; different effects of age and of age of onset. *J. Affect. Disord.* 2009;116(3):176–183. doi: 10.1016/j.jad.2008.11.012.
36. Forester B.P., Ajilore O., Spino C., Lehmann S. Clinical characteristics of patients with late life bipolar disorder in the community: Data from the NNDC Registry. *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2015;23(9):977–984. doi: 10.1016/j.jagp.2015.01.001.
37. Young R.C. Bipolar mood disorders in the elderly. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1997;20(1):121–136. doi: 10.1016/s0193-953x(05)70397-x.
38. Авдеева Т.И., Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А. Депрессивные расстройства у больных пожилого возраста: возможность психометрической оценки с применением шкалы оценки депрессии Монтомери–Асберга. *Ж. неврол. психиатр. им. С.С. Корсакова.* 2012;112(8):56–62.
39. Михайлова Н.М. Пограничные (непсихотические) психические расстройства. Глава 4. В кн.: Руководство по гериатрической психиатрии под ред. проф. С.И. Гавриловой. М.: Пульс, 2011:250–290.
- Kawa I., Carter J.D., Joyce P.R. et al. Gender differences in bipolar disorder: age at onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar Disord.* 2005;7(2):119–125. doi: 10.1111/j.1399-5618.2004.00180.x.
- Nivoli A.M., Pacchiarotti I., Rosa A.R. et al. Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. *J. Affect. Disord.* 2011;133(3):443–449. doi: 10.1016/j.jad.2011.04.055.
- Kessing L.V. Gender differences in subtypes of late-onset depression and mania. *Int. Psychogeriatr.* 2006;18(4):727–738. doi: 10.1017/S104161020600319X.
- Shulman K.I., Tohen M., Satlin A., Mallya G., Kalunian D. Mania compared with unipolar depression in old age. *Am. J. Psychiatry.* 1992;149(3):341–345. doi: 10.1176/ajp.149.3.341.
- Grunze H. The clinical side of bipolar disorders. *Pharmacopsychiatry.* 2011;44(1):43–48. doi: 10.1055/s-0031-1275281.
- Pyatnitskii A.N., Andrusenko M.P., Yakovleva O.B. Sravnitel'no-vozrastnoe issledovanie mono- i bipolyarnykh form techeniya pozdnykh affektivnykh psikhovozov. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S.S. Korsakova.* 1990;90(9):57–61. (In Russ.).
- Dols A., Kupka R.W., van Lammeren A., Beekman A.T., Sajatovic M., Stek M.L. The prevalence of late-life mania: a review. *Bipolar Disord.* 2014;16(2):113–118. doi: 10.1111/bdi.12104.
- Merikangas K.R., Jin R., He J.P., Kessler R.C., Lee S., Sampson N.A., Viana M.C., Andrade L.H., Hu C., Karam E.G., Ladea M., Medina-Mora M.E., Ono Y., Posada-Villa J., Sagar R., Wells J.E., Zarkov Z. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2011;68(3):241–251. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.12.
- Zung S., Cordeiro Q., Lafer B., Nascimento A.F., Vallado H. Bipolar disorder in the elderly: clinical and socio-demographic characteristics. *Scientia Medica, Porto Alegre.* 2009;19(4):162–169.
- Banga A., Gyurmey T., Matuskey D., Connor D.F., Kaplan R.F., Steffens D.C. Late-life onset bipolar disorder presenting a case of pseudo-dementia: a case discussion and review of literature. *Yale Journal of biology and medicine.* 2013;86:235–244.
- Moorhead S.R., Young A.H. Evidence for a late onset bipolar-I disorder sub-group from 50 years. *J. Affect. Disord.* 2003;73(3):271–277. doi: 10.1016/s0165-0327(01)00476-1.
- Benedetti A., Scarpellini P., Casamassima F., Lattanzi L., Liberti M., Musetti L., Cassano G.B. Bipolar disorder in late life: clinical characteristics in a sample of older adults admitted for manic episode. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health.* 2008;29:4–22. doi: 10.1186/1745-0179-4-22.
- Oostervink F., Boomsma M.M., Nolen W.A. EMBLEM Advisory Board. Bipolar disorder in the elderly; different effects of age and of age of onset. *J. Affect. Disord.* 2009;116(3):176–183. doi: 10.1016/j.jad.2008.11.012.
- Forester B.P., Ajilore O., Spino C., Lehmann S. Clinical characteristics of patients with late life bipolar disorder in the community: Data from the NNDC Registry. *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2015;23(9):977–984. doi: 10.1016/j.jagp.2015.01.001.
- Young R.C. Bipolar mood disorders in the elderly. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1997;20(1):121–136. doi: 10.1016/s0193-953x(05)70397-x.
- Avdeeva T.I., Ivanets N.N., Kinkulkina M.A. Depressive disorders in elderly patients: an attempt of psychometric assessment with the Montgomery–Asberg Depression Rating Scale. *Zh. nevrol. psikiatr. im. S.S. Korsakova.* 2012;112(8):56–62. (In Russ.).
- Mikhailova N.M. Boderline (non-psychotic) disorders in Elderly. In: Textbook of Geriatric Psychiatry. Chapter 4. Ed. by prof. S.I. Gavrilova. M.: Pul's, 2011: 250–290. (In Russ.).

40. Depp C.A., Jeste D.V. Bipolar disorder in older adults: a critical review. *Bipolar Disord.* 2004;6(5):343–367. doi: 10.1111/j.1399-5618.2004.00139.x
41. Гаврилова С.И. Современное состояние и перспективы развития отечественной геронтопсихиатрии. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2006;3:5–12.
42. Ряховский В.В. Исходы депрессий в позднем возрасте. *Психиатрия.* 2009;2:24–30.
43. Rise I.V., Haro J.M., Gjervan B. Clinical features, comorbidity, and cognitive impairment in elderly bipolar patients. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2016;12:1203–1213. doi: 10.2147/NDT.S100843.
44. Valiengo L., Stella F., Forlenza O.V. Mood disorders in the elderly: prevalence, functional impact, and management challenges. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2016;12:2105–2114. doi: 10.2147/NDT.S94643.
45. Шумский Н.Г., Морозова Т.Н. К клинике инволюционной меланхолии (катамнестическое изучение). *Ж. неврол. психиатр. им. С.С. Корсакова.* 1967;67(4):554–559.
46. Пятницкий А.Н. К вопросу о возрастных закономерностях депрессий позднего возраста. *Ж. неврол. психиатр. им. С.С. Корсакова.* 1986;86(4):537–541.
47. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. М.: Медицина, 1996.
48. Яковлева О.Б. Особенности клиники и терапии депрессий позднего возраста. Методические рекомендации. М.: РКИ Соверо пресс; 2014.
49. Штернберг Э.Я., Шумский Н.Г. О некоторых формах депрессий старческого возраста. *Ж. неврол. психиатр. им. С.С. Корсакова.* 1959;59(11):1291–1298.
50. Kessing L.V. Diagnostic subtypes of bipolar disorder in older versus younger adults. *Bipolar Disord.* 2006;8(1):56–64. doi: 10.1111/j.1399-5618.2006.00278.x.
51. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М.: Медицина, 1977.
52. Иванец Н.Н., Авдеева Т.И., Кинкулькина М.А. Аффективные расстройства психотического уровня в пожилом возрасте: клинко-психопатологическая структура и эффективность психофармакотерапии. *Российский психиатрический журнал.* 2011;(6):61–70.
53. Андрусенко М.П. Клинико-психопатологические особенности маниакальных состояний в позднем возрасте. *Ж. неврол. психиатр. им. С.С. Корсакова.* 1986;86(4):541–547.
54. Safer D.J., Magno Zito J., Safer A.M. Age-grouped differences in bipolar mania. *Compr. Psychiatry.* 2012;53(8):1110–1117. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.04.011.
55. Berner P., Gabriel E., Katschnig H. Diagnostic criteria for schizophrenic and affective psychosis. Vienna: World Psychiatric Association, 1983;183.
56. McElroy S.L., Strakowski S.M., Keck P.E. Jr., Tugrul K.L., West S.A., Lonczak H.S. Differences and similarities in mixed and pure mania. *Compr. Psychiatry.* 1995;36:187–194. doi: 10.1016/0010-440x(95)90080-f.
57. Cassidy F., Ahearn E., Murry E., Forest K., Carroll B.J. Diagnostic depressive symptoms of the mixed bipolar episode. *Psychol. Med.* 2000;30:403–411. doi: 10.1017/s0033291799001312.
58. Perugi G., Akiskal H.S., Micheli C., Toni C., Madaro D. Clinical characterization of depressive mixed state in bipolar-I-patients: Pisa-San Diego collaboration. *J. Affect. Disord.* 2001;67:105–114. doi: 10.1016/s0165-0327(01)00443-8.
59. Swann A.C., Lafer B., Perugi G., Frye M.A., Bauer M., Bahk W.M. Bipolar mixed states: an international society for bipolar disorders task force report of symptom structure, course of illness and diagnosis. *Am. J. Psychiatry.* 2013;170:31–42. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12030301.
- Depp C.A., Jeste D.V. Bipolar disorder in older adults: a critical review. *Bipolar Disord.* 2004;6(5):343–367. doi: 10.1111/j.1399-5618.2004.00139.x.
- Gavrilova S.I. Current situation and perspectives of russian gerontopsychiatry. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya.* 2006;3:5–12. (In Russ.).
- Ryakhovskii V.V. Iskhody depressii v pozdnem vozraste. *Psikhatriya.* 2009;2:24–30. (In Russ.).
- Rise I.V., Haro J.M., Gjervan B. Clinical features, comorbidity, and cognitive impairment in elderly bipolar patients. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2016;12:1203–1213. doi: 10.2147/NDT.S100843.
- Valiengo L., Stella F., Forlenza O.V. Mood disorders in the elderly: prevalence, functional impact, and management challenges. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2016;12:2105–2114. doi: 10.2147/NDT.S94643.
- Shumskii N.G., Morozova T.N. K klinike involyutsionnoi melankholii (katamnestichekoe izuchenie). *Zh. Nevrol. Psikhiatr. im. S.S. Korsakova.* 1967;67(4):554–559. (In Russ.).
- Pyatnitskii A.N. K voprosu o vozrastnykh zakonomernostyakh depressii pozdnego vozrasta. *Zh. Nevrol. Psikhiatr. Im. S.S. Korsakova.* 1986;86(4):537–541. (In Russ.).
- Shakhmatov N.F. Psikhicheskoe starenie: schastlivoe i boleznennoe. M.: Meditsina, 1996. (In Russ.).
- Yakovleva O.B. Osobennosti kliniki i terapii depressii pozdnego vozrasta. Metodicheskie rekomendatsii. M.: RKI Sovero press; 2014. (In Russ.).
- Shternberg E.Ya., Shumskii N.G. O nekotorykh formakh depressii starcheskogo vozrasta. *Zh. Nevrol. Psikhiatr. Im. S.S. Korsakova.* 1959;59(11):1291–1298. (In Russ.).
- Kessing L.V. Diagnostic subtypes of bipolar disorder in older versus younger adults. *Bipolar Disord.* 2006;8(1):56–64. doi: 10.1111/j.1399-5618.2006.00278.x.
- Shternberg E.Ya. Gerontologicheskaya psikhatriya. M.: Meditsina, 1977.
- Ivanets N.N., Avdeeva T.I., Kinkul'kina M.A. Mood disorders with psychotic features at elderly age: clinico-psychopathological structure and efficacy of pharmacotherapy. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal.* 2011;(6):61–70. (In Russ.).
- Andrusenko M.P. Kliniko-psikhopatologicheskie osobennosti maniakal'nykh sostoyanii v pozdnem vozraste. *Zh. Nevrol. Psikhiatr. Im. S.S. Korsakova.* 1986;86(4):541–547. (In Russ.).
- Safer D.J., Magno Zito J., Safer A.M. Age-grouped differences in bipolar mania. *Compr. Psychiatry.* 2012;53(8):1110–1117. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.04.011.
- Berner P., Gabriel E., Katschnig H. Diagnostic criteria for schizophrenic and affective psychosis. Vienna: World Psychiatric Association, 1983;183.
- McElroy S.L., Strakowski S.M., Keck P.E. Jr., Tugrul K.L., West S.A., Lonczak H.S. Differences and similarities in mixed and pure mania. *Compr. Psychiatry.* 1995;36:187–194. doi: 10.1016/0010-440x(95)90080-f.
- Cassidy F., Ahearn E., Murry E., Forest K., Carroll B.J. Diagnostic depressive symptoms of the mixed bipolar episode. *Psychol. Med.* 2000;30:403–411. doi: 10.1017/s0033291799001312.
- Perugi G., Akiskal H.S., Micheli C., Toni C., Madaro D. Clinical characterization of depressive mixed state in bipolar-I-patients: Pisa-San Diego collaboration. *J. Affect. Disord.* 2001;67:105–114. doi: 10.1016/s0165-0327(01)00443-8.
- Swann A.C., Lafer B., Perugi G., Frye M.A., Bauer M., Bahk W.M. Bipolar mixed states: an international society for bipolar disorders task force report of symptom structure, course of illness and diagnosis. *Am. J. Psychiatry.* 2013;170:31–42. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12030301.

60. Berner P., Musalek M., Walter H. Psychopathological concepts of dysphoria. *Psychopathology*. 1987;20:93–100. doi: 10.1159/000284485.
61. McElroy S.L., Strakowski S.M., Keck P.E. Jr, Tugrul K.L., West S.A., Lonczak H.S. Differences and similarities in mixed and pure mania. *Compr. Psychiatry*. 1995;36:187–194. doi: 10.1016/0010-440x(95)90080-f.
62. Cassidy F. Anxiety as a symptom of mixed mania: implication for DSM-V. *Bipolar Disord*. 2010;12:437–439. doi: 10.1111/j.1399-5618.2010.00824.x.
63. Bertschy G., Gervasoni N., Favre S., Liberek C., Ragama-Pardos E., Aubry J.M. Frequency of dysphoria and mixed states. *Psychopathology*. 2008;41:187–193. doi: 10.1159/000120987.
64. Дикая Т.И. К вопросу о длительных многолетних депрессиях: клинико-психопатологические особенности и дифференциация затяжных депрессий. *Психиатрия*. 2004;4(10):48–54.
65. Сосюкало О.О. Смешанные аффективные состояния в структуре эндогенных психозов среднего возраста (некоторые критерии диагностики и классификации). *Труды МНИИ психиатрии МЗ РСФСР: Возрастные аспекты депрессий (клиника, диагностика, терапия)*. 1987:71–76.
66. Пантелеева Г.П. Аффективный психоз. В кн.: Психиатрия: Руководство для врачей: В 2 т. Под ред. А.С. Тиганова. М.: ОАО «Издательство Медицина», 2012:638–654.
67. Воробьев Р.В. Клиническая типология смешанных маниакальных состояний при биполярном аффективном расстройстве. *Российский психиатрический журнал*. 2014;1:33–42.
68. Аведисова А.С., Воробьев Р.В. Типология смешанных депрессивных состояний в клинике биполярного аффективного расстройства. *Ж. неврол. психиатр. им. С.С. Корсакова*. 2014;1:16–25.
69. Gonzalez-Pinto A., Aldama A., Mosquera F., Gonzalez Gyme C. Epidemiology, diagnosis and management of mixed mania. *CNS Drugs*. 2007;21(8):611–626. doi: 10.2165/00023210-200721080-00001.
70. Azorin J.M., Aubrun E., Bertsch J., Reed C., Gerard S., Lukasiewicz M. Mixed states vs. pure mania in the French sample of the EMBLEM study: results at baseline and 24 months — European mania in bipolar longitudinal evaluation of medication. *BMC Psychiatry*. 2009;9:33. doi:10.1186/1471-244x-9-33.
71. Baldessarini R.J., Salvatore P., Khalsa H.-M.K., Tohen M. Dissimilar morbidity following initial mania versus mixed-states in type-I bipolar disorder. *J. Affect. Disord*. 2010;126(1–2):299–302. doi: 10.1016/j.jad.2010.03.014.
72. Павличенко А.В. Актуальные проблемы диагностики биполярного аффективного расстройства: акцент на смешанные состояния и вопросы прогноза (по материалам 26-го конгресса Европейской коллегии нейропсихофармакологии). *Психиатрия*. 2014;4:58–65.
73. Sajatovic M., Al Jurdi R., Gildengers A., Greenberg R.L., Tenhave T., Bruce M.L., Mulsant B., Young R.C. Depressive symptom ratings in geriatric patients with bipolar mania. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2011;26(11):1201–1208. doi: 10.1002/gps.2664.
74. Depp C.A., Lindamer L.A., Folsom D.P., Gilmer T., Hough R.L., Garcia P., Jeste D.V. Differences in clinical features and mental health service use in bipolar disorder across the lifespan. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2005;13(4):290–298. doi: 10.1176/appi.ajgp.13.4.290.
75. Benazzi F. Depressive mixed state frequency: age/gender effects. *Psychiatry Clin. Neurosci*. 2002;56(5):537–543. doi: 10.1046/j.1440-1819.2002.01051.x.
- Berner P., Musalek M., Walter H. Psychopathological concepts of dysphoria. *Psychopathology*. 1987;20:93–100. doi: 10.1159/000284485.
- McElroy S.L., Strakowski S.M., Keck P.E. Jr, Tugrul K.L., West S.A., Lonczak H.S. Differences and similarities in mixed and pure mania. *Compr. Psychiatry*. 1995;36:187–194. doi: 10.1016/0010-440x(95)90080-f.
- Cassidy F. Anxiety as a symptom of mixed mania: implication for DSM-V. *Bipolar Disord*. 2010;12:437–439. doi: 10.1111/j.1399-5618.2010.00824.x.
- Bertschy G., Gervasoni N., Favre S., Liberek C., Ragama-Pardos E., Aubry J.M. Frequency of dysphoria and mixed states. *Psychopathology*. 2008;41:187–193. doi: 10.1159/000120987.
- Dikaja T.I. K voprosu o dlitel'nyh mnogoletnih depressijah: kliniko-psihopatologicheskie osobennosti i differenciacija zatjazhnyh depressij. *Psihiatrija*. 2004;4(10):48–54. (In Russ.).
- Sosyukalo O.O. Smeshannye affektivnye sostoyaniya v strukture endogennykh psikhozov srednego vozrasta (nekotorye kriterii diagnostiki i klassifikatsii). *Trudy MNII psikhiatrii MZ RSFSR: Vozrastnye aspekty depressii (klinika, diagnostika, terapiya)*. 1987:71–76. (In Russ.).
- Panteleeva G.P. Affektivnyi psikhoz. In: *Psychiatry: A two-volume manual for physicians*. Ed. A.S. Tiganov. M.: OAO Meditsina Publishers, 2012:638–654. (In Russ.).
- Vorobyev R.V. Clinical typology of mixed mania in bipolar affective disorder. *Rosciiskii psikhiatricheskii zhurnal*. 2014;1:33–42. (In Russ.).
- Avedisova A.S., Vorobyev R.V. Typology of mixed depressive states in bipolar affective disorder. *Zh. Nevrol. Psikhiatr. Im. S.S. Korsakova*. 2014;1:16–25. (In Russ.).
- Gonzalez-Pinto A., Aldama A., Mosquera F., Gonzalez Gyme C. Epidemiology, diagnosis and management of mixed mania. *CNS Drugs*. 2007;21(8):611–626. doi: 10.2165/00023210-200721080-00001.
- Azorin J.M., Aubrun E., Bertsch J., Reed C., Gerard S., Lukasiewicz M. Mixed states vs. pure mania in the French sample of the EMBLEM study: results at baseline and 24 months — European mania in bipolar longitudinal evaluation of medication. *BMC Psychiatry*. 2009;9:33. doi: 10.1186/1471-244x-9-33.
- Baldessarini R.J., Salvatore P., Khalsa H.-M.K., Tohen M. Dissimilar morbidity following initial mania versus mixed-states in type-I bipolar disorder. *J. Affect. Disord*. 2010;126(1–2):299–302. doi: 10.1016/j.jad.2010.03.014.
- Pavlichenko A.V. Advances in bipolar affective disorder: focus on mixed states, prognosis and management (according to the proceedings of the 26th ECNP Congress). *Psikhiatriya*. 2014;4:58–65. (In Russ.).
- Sajatovic M., Al Jurdi R., Gildengers A., Greenberg R.L., Tenhave T., Bruce M.L., Mulsant B., Young R.C. Depressive symptom ratings in geriatric patients with bipolar mania. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2011;26(11):1201–1208. doi: 10.1002/gps.2664.
- Depp C.A., Lindamer L.A., Folsom D.P., Gilmer T., Hough R.L., Garcia P., Jeste D.V. Differences in clinical features and mental health service use in bipolar disorder across the lifespan. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2005;13(4):290–298. doi: 10.1176/appi.ajgp.13.4.290.
- Benazzi F. Depressive mixed state frequency: age/gender effects. *Psychiatry Clin. Neurosci*. 2002;56(5):537–543. doi: 10.1046/j.1440-1819.2002.01051.x.

76. Swann A.C., Moeller F.G., Steinberg J.L., Schneider L., Barratt E.S., Dougherty D.M. Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bipolar Disord.* 2007;9(3):206–212. doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00357.x.
77. Azorin J.M., Kaladjian A., Adida M., Fakra E., Belzeaux R., Hantouche E., Lancrenon S. Self-assessment and characteristics of mixed depression in the French national EPIDEP study. *J. Affect. Disord.* 2012;143(1–3):109–117. doi: 10.1016/j.jad.2012.05.036.
78. M'Bailara K., Van den Bulke D., Demazeu N., Demotes-Mainard J., Henry C. Depressive mixed state: evidence for a new form of depressive state in type I and II bipolar patients. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2007;3(6):899–902. doi: 10.2147/ndt.s515.
79. Valenti M., Pacchiarotti I., Rosa A.R., Bonnin C.M., Popovic D., Nivoli A.M.A. Bipolar mixed episodes and antidepressants: a cohort study of bipolar I patients. *Bipolar Disord.* 2011;13:145–154. doi: 10.1111/j.1399-5618.2011.00908.x.
80. Копейко Г.И. Смешанные аффективные состояния в юношеском возрасте (исторический аспект, современное состояние проблемы, психопатология). *Ж. неврол. психиатр. им. С.С. Корсакова.* 2011;10:4–11.
81. Tsai S.Y., Lee H.C., Chen C.C., Huang Y.L. Cognitive impairment in later life in patients with early-onset bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2007;9(8):868–875. doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00498.x.
82. Kessing L.V., Andersen P.K. Does the risk of developing dementia increase with the number of episodes in patients with depressive disorder and in patients with bipolar disorder? *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2004;75(12):1662–1666. doi: 10.1136/jnnp.2003.031773.
83. Lebert F., Lys H., Hanm E., Pasquier F. Dementia following bipolar disorder. *Encephale.* 2008;34(6):606–610. doi: 10.1016/j.encep.2007.12.007. (In French).
84. Sajatovic M., Strejilevich S.A., Gildengers A.G., Dols A., Al Jurdi R.K., Forester B.P., Kessing L.V., Beyer J., Manes F., Rej S., Rosa A.R., Schouws S.N., Tsai S.Y., Young R.C., Shulman K.I. A report on older-age bipolar disorder from the International Society for Bipolar Disorders Task Force. *Bipolar Disord.* 2015;17(7):689–704. doi: 10.1111/bdi.12331.
85. Diniz B.S., Teixeira A.L., Cao F., Gildengers A., Soares J.C., Butters M.A., Reynolds C.F. 3rd. History of bipolar disorder and the risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2017;S1064–7481(16):30308–6. doi: 10.1016/j.jagp.2016.11.014.
86. Masouy A., Chopard G., Vandel P., Magnin E., Rumbach L., Sechter D., Haffen E. Bipolar disorder and dementia: where is the link? *Psychogeriatrics.* 2011;11(1):60–67. doi: 10.1111/j.1479-8301.2010.00348.x.
87. Dols A., Krudop W., Müller C., Shulman K., Sajatovic M., Pijnenburg Y.A. Late life bipolar disorder evolving into frontotemporal dementia mimic. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2016;12:2207–2212. doi: 10.2147/NDT.S99229.
88. Baez S., Pinasco C., Roca M., Ferrari J., Couto B., Garcna-Cordero I., Ibacez A., Cruz F., Reyes P., Matallana D., Manes F., Cetcovich M., Torralva T. Brain structural correlates of executive and social cognition profiles in behavioral variant frontotemporal dementia and elderly bipolar disorder. *Neuropsychologia.* 2017;S0028–3932(17):30058–1. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2017.02.012.
89. Kerr D.S., Stella F., Radanovic M., Aprahamian I., Bertolucci P.H., Forlenza O.V. Apolipoprotein E genotype is not associated with cognitive impairment in older adults with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2016;18(1):71–77. doi: 10.1111/bdi.12367.
- Swann A.C., Moeller F.G., Steinberg J.L., Schneider L., Barratt E.S., Dougherty D.M. Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bipolar Disord.* 2007;9(3):206–212. doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00357.x.
- Azorin J.M., Kaladjian A., Adida M., Fakra E., Belzeaux R., Hantouche E., Lancrenon S. Self-assessment and characteristics of mixed depression in the French national EPIDEP study. *J. Affect. Disord.* 2012;143(1–3):109–117. doi: 10.1016/j.jad.2012.05.036.
- M'Bailara K., Van den Bulke D., Demazeu N., Demotes-Mainard J., Henry C. Depressive mixed state: evidence for a new form of depressive state in type I and II bipolar patients. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2007;3(6):899–902. doi: 10.2147/ndt.s515.
- Valenti M., Pacchiarotti I., Rosa A.R., Bonnin C.M., Popovic D., Nivoli A.M.A. Bipolar mixed episodes and antidepressants: a cohort study of bipolar I patients. *Bipolar Disord.* 2011;13:145–154. doi: 10.1111/j.1399-5618.2011.00908.x.
- Kopeiko G.I. Mixed affective states in the juvenile age (historical aspects, current state of the problem, psychopathology). *Zh. Nevrol. Psikiatr. Im. S.S. Korsakova.* 2011; 10:4–11. (In Russ.).
- Tsai S.Y., Lee H.C., Chen C.C., Huang Y.L. Cognitive impairment in later life in patients with early-onset bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2007;9(8):868–875. doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00498.x.
- Kessing L.V., Andersen P.K. Does the risk of developing dementia increase with the number of episodes in patients with depressive disorder and in patients with bipolar disorder? *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2004;75(12):1662–1666. doi: 10.1136/jnnp.2003.031773.
- Lebert F., Lys H., Hanm E., Pasquier F. Dementia following bipolar disorder. *Encephale.* 2008;34(6):606–610. doi: 10.1016/j.encep.2007.12.007. (In French).
- Sajatovic M., Strejilevich S.A., Gildengers A.G., Dols A., Al Jurdi R.K., Forester B.P., Kessing L.V., Beyer J., Manes F., Rej S., Rosa A.R., Schouws S.N., Tsai S.Y., Young R.C., Shulman K.I. A report on older-age bipolar disorder from the International Society for Bipolar Disorders Task Force. *Bipolar Disord.* 2015;17(7):689–704. doi: 10.1111/bdi.12331.
- Diniz B.S., Teixeira A.L., Cao F., Gildengers A., Soares J.C., Butters M.A., Reynolds C.F. 3rd. History of bipolar disorder and the risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Am J. Geriatr. Psychiatry.* 2017;S1064–7481(16):30308–6. doi: 10.1016/j.jagp.2016.11.014.
- Masouy A., Chopard G., Vandel P., Magnin E., Rumbach L., Sechter D., Haffen E. Bipolar disorder and dementia: where is the link? *Psychogeriatrics.* 2011;11(1):60–67. doi: 10.1111/j.1479-8301.2010.00348.x.
- Dols A., Krudop W., Müller C., Shulman K., Sajatovic M., Pijnenburg Y.A. Late life bipolar disorder evolving into frontotemporal dementia mimic. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2016;12:2207–2212. doi:10.2147/NDT.S99229.
- Baez S., Pinasco C., Roca M., Ferrari J., Couto B., Garcna-Cordero I., Ibacez A., Cruz F., Reyes P., Matallana D., Manes F., Cetcovich M., Torralva T. Brain structural correlates of executive and social cognition profiles in behavioral variant frontotemporal dementia and elderly bipolar disorder. *Neuropsychologia.* 2017;S0028–3932(17):30058–1. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2017.02.012.
- Kerr D.S., Stella F., Radanovic M., Aprahamian I., Bertolucci P.H., Forlenza O.V. Apolipoprotein E genotype is not associated with cognitive impairment in older adults with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2016;18(1):71–77. doi: 10.1111/bdi.12367.

90. Forlenza O.V., Aprahamian I., Radanovic I., Talib L.L., Camargo M.Z., Stella F., Machado-Vieira R., Gattaz W.F. Cognitive impairment in late-life bipolar disorder is not associated with Alzheimer's disease pathological signature in the cerebrospinal fluid. *Bipolar Disord.* 2016;18(1):63–70. doi: 10.1111/bdi.12360.
91. Cao B., Passos I.C., Mwangi B., Bauer I.E., Zunta-Soares G.B., Kapczinski F., Soares J.C. Hippocampal volume and verbal memory performance in late-stage bipolar disorder. *J. Psychiatr. Res.* 2016;73:102–107. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.12.012.
92. Wijeratne C., Sachdev S., Wen W., Piguet O., Lipnicki D.M., Malhi G.S., Mitchell P.B., Sachdev P.S. Hippocampal and amygdala volumes in an older bipolar disorder sample. *Int. Psychogeriatr.* 2013;25(1):54–60. doi: 0.1017/S1041610212001469.
93. Abe C., Petrovic P., Ingvar M., Landin M. Cortical thickness, volume and surface area in patients with bipolar disorder types I and II. *J. Psychiatry Neurosci.* 2016;41(4):240–250. doi: 10.1503/jpn.150093.
94. Altamura A.C., Bertoldo A., Marotta G., Paoli R.A., Caletti E., Dragogna F., Buoli M., Baglivo V., Mauri M.C., Brambilla P. White matter metabolism differentiates schizophrenia and bipolar disorder: a preliminary PET study. *Psychiatry Res.* 2013;214(3):410–414. doi: 10.1016/j.pscychresns.2013.08.011.
95. Savitz J.B., Price J.L., Drevets W.C. Neuropathological and neuromorphometric abnormalities in bipolar disorder: view from the medial prefrontal cortical network. *Neurosci Biobehav. Rev.* 2014;42:132–147. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.02.008.
96. Barbosa I.G., Bauer M.E., Machado-Vieira R., Teixeira A.L. Cytokines in bipolar disorder: paving the way for neuroprogression. *Neural Plast.* 2014;2014:360481. doi: 10.1155/2014/360481.
97. Sajatovic M. Drug treatments for geriatric bipolar disorder: a perspective from the ISBD Geriatric Bipolar Taskforce. *Bipolar Disorders.* 2015;17(1):31. doi: 10.1111/bdi.12306_21.
98. Шацберг А.Ф., Коул Д.О., ДеБаттиста Ч. Руководство по клинической психофармакологии. Пер. с англ. Под ред. А.Б. Смулевича, С.В. Иванова. М.: МЕДпресс-информ, 2013.
99. Тювина Н.А., Смирнова В.Н. Биполярное аффективное расстройство: особенности течения и поддерживающая фармакотерапия. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2013;1:87–95. doi: 10.14412/2074-2711-2013-2406.
100. Setoguchi S., Wang P.S., Alan Brookhart M., Canning C.F., Kaci L., Schneeweiss S. Potential causes of higher mortality in elderly users of conventional and atypical antipsychotic medications. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2008;56(9):1644–1650. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01839.x.
101. Lipscombe L.L., Lévesque L., Gruneir A., Fischer H.D., Juurlink D.N., Gill S.S., Herrmann N., Hux J.E., Anderson G.M., Rochon P.A. Antipsychotic drugs and hyperglycemia in older patients with diabetes. *Arch. Intern. Med.* 2009;169(14):1282–1289. doi: 10.1001/archinternmed.2009.207.
102. Fountoulakis K.N., Kontis D., Gonda X., Siamouli M., Yatham L.N. Treatment of mixed bipolar states. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2012;15(7):1015–1026. doi: 10.1017/S1461145711001817.
103. Young R.C., Schulberg H.C., Gildengers A.G., Sajatovic M., Mulsant B.H., Gyulai L., Beyer J., Marangell L., Kunik M., Ten Have T., Bruce M.L., Gur R., Marino P., Evans J.D., Reynolds C.F. 3rd, Alexopoulos G.S. Conceptual and methodological issues in designing a randomized, controlled treatment trial for geriatric bipolar disorder: GERI-BD. *Bipolar Disord.* 2010;12(1):56–67. doi: 10.1111/j.1399-5618.2009.00779.x.
- Forlenza O.V., Aprahamian I., Radanovic I., Talib L.L., Camargo M.Z., Stella F., Machado-Vieira R., Gattaz W.F. Cognitive impairment in late-life bipolar disorder is not associated with Alzheimer's disease pathological signature in the cerebrospinal fluid. *Bipolar Disord.* 2016;18(1):63–70. doi: 10.1111/bdi.12360.
- Cao B., Passos I.C., Mwangi B., Bauer I.E., Zunta-Soares G.B., Kapczinski F., Soares J.C. Hippocampal volume and verbal memory performance in late-stage bipolar disorder. *J. Psychiatr. Res.* 2016;73:102–107. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.12.012.
- Wijeratne C., Sachdev S., Wen W., Piguet O., Lipnicki D.M., Malhi G.S., Mitchell P.B., Sachdev P.S. Hippocampal and amygdala volumes in an older bipolar disorder sample. *Int. Psychogeriatr.* 2013;25(1):54–60. doi: 0.1017/S1041610212001469.
- Abe C., Petrovic P., Ingvar M., Landin M. Cortical thickness, volume and surface area in patients with bipolar disorder types I and II. *J. Psychiatry Neurosci.* 2016;41(4):240–250. doi: 10.1503/jpn.150093.
- Altamura A.C., Bertoldo A., Marotta G., Paoli R.A., Caletti E., Dragogna F., Buoli M., Baglivo V., Mauri M.C., Brambilla P. White matter metabolism differentiates schizophrenia and bipolar disorder: a preliminary PET study. *Psychiatry Res.* 2013;214(3):410–414. doi: 10.1016/j.pscychresns.2013.08.011.
- Savitz J.B., Price J.L., Drevets W.C. Neuropathological and neuromorphometric abnormalities in bipolar disorder: view from the medial prefrontal cortical network. *Neurosci Biobehav. Rev.* 2014;42:132–147. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.02.008.
- Barbosa I.G., Bauer M.E., Machado-Vieira R., Teixeira A.L. Cytokines in bipolar disorder: paving the way for neuroprogression. *Neural Plast.* 2014;2014:360481. doi: 10.1155/2014/360481.
- Sajatovic M. Drug treatments for geriatric bipolar disorder: a perspective from the ISBD Geriatric Bipolar Taskforce. *Bipolar Disorders.* 2015;17(1):31. doi: 10.1111/bdi.12306_21.
- Schatzberg A.F., Cole J.O., DeBattista C. Manual of Clinical Psychopharmacology. 6th ed. Ed. A.B. Smulevich, S.V. Ivanov. M.: MEDpress-inform, 2013. (In Russ.).
- Tyuvina N.A., Smirnova V.N. Bipolar affective disorders: the specific features of the course and maintenance pharmacotherapy. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika.* 2013;1:87–95. doi: 10.14412/2074-2711-2013-2406. (In Russ.).
- Setoguchi S., Wang P.S., Alan Brookhart M., Canning C.F., Kaci L., Schneeweiss S. Potential causes of higher mortality in elderly users of conventional and atypical antipsychotic medications. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2008;56(9):1644–1650. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01839.x.
- Lipscombe L.L., Lévesque L., Gruneir A., Fischer H.D., Juurlink D.N., Gill S.S., Herrmann N., Hux J.E., Anderson G.M., Rochon P.A. Antipsychotic drugs and hyperglycemia in older patients with diabetes. *Arch. Intern. Med.* 2009;169(14):1282–1289. doi: 10.1001/archinternmed.2009.207.
- Fountoulakis K.N., Kontis D., Gonda X., Siamouli M., Yatham L.N. Treatment of mixed bipolar states. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2012;15(7):1015–1026. doi: 10.1017/S1461145711001817.
- Young R.C., Schulberg H.C., Gildengers A.G., Sajatovic M., Mulsant B.H., Gyulai L., Beyer J., Marangell L., Kunik M., Ten Have T., Bruce M.L., Gur R., Marino P., Evans J.D., Reynolds C.F. 3rd, Alexopoulos G.S. Conceptual and methodological issues in designing a randomized, controlled treatment trial for geriatric bipolar disorder: GERI-BD. *Bipolar Disord.* 2010;12(1):56–67. doi: 10.1111/j.1399-5618.2009.00779.x.

104. Bowden C.L., Brugger A.M., Swann A.C., Calabrese J.R., Janicak P.G., Petty F., Dilsaver S.C., Davis J.M., Rush A.J., Small J.G. Efficacy of divalproex vs lithium and placebo in the treatment of mania. The Depakote Mania Study Group. *JAMA*. 1994;271(12):918–924.
105. Tariot P.N., Schneider L.S., Mintzer J.E. Safety and tolerability of divalproex sodium in the treatment of signs and symptoms of mania in elderly patients with dementia: results of a double blind, placebo-controlled trial. *Curr. Ther. Res.* 2001; 62(1):51–67. doi: 10.1016/S0011-393X(01)80042-4.
106. Gildengers A.G., Mulsant B.H., Begley A.E., McShea M., Stack J.A., Miller M.D., Fagiolini A., Kupfer D.J., Young R.C., Reynolds C.F. 3rd. A pilot study of standardized treatment in geriatric bipolar disorder. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2005;13(4):319–323. doi: 10.1176/appi.ajgp.13.4.319.
107. Shulman K.I., Sykora K., Gill S., Mamdani M., Bronskill S., Wodchis W.P., Anderson G., Rochon P. Incidence of delirium in older adults newly prescribed lithium or valproate: a population-based cohort study. *J. Clin. Psychiatry*. 2005;66(4):424–427. doi: 10.4088/jcp.v66n0403.
108. Nunes P.V., Forlenza O.V., Gattaz W.F. Lithium and risk for Alzheimer's disease in elderly patients with bipolar disorder. *Br. J. Psychiatry*. 2007;190(4):359–360; doi: 10.1192/bjp.bp.106.029868.
109. Machado-Veira R., Manji H.K., Zarate C.A. The role of lithium in the treatment of bipolar disorder: convergent evidence for neurotrophic effects as a unifying hypothesis. *Bipolar Disord.* 2009;11(2):92–109. doi: 10.1111/j.1399-5618.2009.00714.x.
110. Mendec C.T., Mury F.B., de S6 Moreira E., Alberto F.L., Forlenza O.V., Dias-Neto E., Gattaz W.F. Lithium reduces Gsk3b mRNA levels: implications for Alzheimer disease. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2009;259(1):16–22. doi: 10.1007/s00406-008-0828-5.
111. Ladeira R.B., Joaquim H.P., Talib L.L., Nunes P.V., Forlenza O.V. Higher proportion of inactive Gsk3β in platelets of elderly patients with bipolar disorder: an effect of treatment? *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2013;35(3):274–278. doi: 10.1590/1516-4446-2012-0921.
112. Pasquali L., Busceti C.L., Fulceri F., Paparelli A., Fornai F. Intracellular pathways underlying the effects of lithium. *Behav. Pharmacol.* 2010;21(5–6):473–492. doi: 10.1097/FBP.0b013e32833da5da.
113. Forlenza O.V., De-Paula V.J., Diniz B.S. Neuroprotective effects of lithium: implications for the treatment of Alzheimer's disease and related neurodegenerative disorders. *ACS Chem. Neurosci.* 2014;5(6):443–450. doi: 10.1021/cn5000309.
- Bowden C.L., Brugger A.M., Swann A.C., Calabrese J.R., Janicak P.G., Petty F., Dilsaver S.C., Davis J.M., Rush A.J., Small J.G. Efficacy of divalproex vs lithium and placebo in the treatment of mania. The Depakote Mania Study Group. *JAMA*. 1994;271(12):918–924.
- Tariot P.N., Schneider L.S., Mintzer J.E. Safety and tolerability of divalproex sodium in the treatment of signs and symptoms of mania in elderly patients with dementia: results of a double blind, placebo-controlled trial. *Curr. Ther. Res.* 2001; 62(1):51–67. doi: 10.1016/S0011-393X(01)80042-4.
- Gildengers A.G., Mulsant B.H., Begley A.E., McShea M., Stack J.A., Miller M.D., Fagiolini A., Kupfer D.J., Young R.C., Reynolds C.F. 3rd. A pilot study of standardized treatment in geriatric bipolar disorder. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2005;13(4):319–323. doi: 10.1176/appi.ajgp.13.4.319.
- Shulman K.I., Sykora K., Gill S., Mamdani M., Bronskill S., Wodchis W.P., Anderson G., Rochon P. Incidence of delirium in older adults newly prescribed lithium or valproate: a population-based cohort study. *J. Clin. Psychiatry*. 2005;66(4):424–427. doi: 10.4088/jcp.v66n0403.
- Nunes P.V., Forlenza O.V., Gattaz W.F. Lithium and risk for Alzheimer's disease in elderly patients with bipolar disorder. *Br. J. Psychiatry*. 2007;190(4):359–360; doi: 10.1192/bjp.bp.106.029868.
- Machado-Veira R., Manji H.K., Zarate C.A. The role of lithium in the treatment of bipolar disorder: convergent evidence for neurotrophic effects as a unifying hypothesis. *Bipolar Disord.* 2009;11(2):92–109. doi: 10.1111/j.1399-5618.2009.00714.x.
- Mendec C.T., Mury F.B., de S6 Moreira E., Alberto F.L., Forlenza O.V., Dias-Neto E., Gattaz W.F. Lithium reduces Gsk3b mRNA levels: implications for Alzheimer disease. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2009;259(1):16–22. doi: 10.1007/s00406-008-0828-5.
- Ladeira R.B., Joaquim H.P., Talib L.L., Nunes P.V., Forlenza O.V. Higher proportion of inactive Gsk3β in platelets of elderly patients with bipolar disorder: an effect of treatment? *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2013;35(3):274–278. doi: 10.1590/1516-4446-2012-0921.
- Pasquali L., Busceti C.L., Fulceri F., Paparelli A., Fornai F. Intracellular pathways underlying the effects of lithium. *Behav. Pharmacol.* 2010;21(5–6):473–492. doi: 10.1097/FBP.0b013e32833da5da.
- Forlenza O.V., De-Paula V.J., Diniz B.S. Neuroprotective effects of lithium: implications for the treatment of Alzheimer's disease and related neurodegenerative disorders. *ACS Chem. Neurosci.* 2014;5(6):443–450. doi: 10.1021/cn5000309.

Шипилова Елена Сергеевна — младший научный сотрудник отдела гериатрической психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ
E-mail: elenium-r@mail.ru

Shipilova Elena — junior researcher, Department of geriatric psychiatry, FSBSI MHRC, Moscow, RF
E-mail: elenium-r@mail.ru

УДК 616.895; 616.891.4; 616.89-008.484

**Связь профессионального выгорания с депрессией:
обзор зарубежных исследований****Professional burnout and depression relations: A review of international studies**Вельтищев Д.Ю.^{1,2}, Ковалевская О.Б.¹, Серавина О.Ф.¹¹ Московский НИИ психиатрии — филиал ФМИЦПН им. В.П. Сербского, Москва, РФ² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, РФVeltishchev D.Yu.^{1,2}, Kovalevskaya O.B.¹, Seravina O.F.¹¹ Moscow Research Institute of Psychiatry — Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology MoH RF, Moscow, RF² Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, RF

62

Задача обзора зарубежных публикаций заключается в анализе психопатологических проявлений выгорания и его клинического варианта (истощения). Исследования указывают на наличие тесной взаимосвязи выгорания и депрессивных расстройств, провоцируемых хроническими профессиональными стрессовыми факторами. Приводятся критерии клинического варианта выгорания (истощения), включающие все признаки астенического синдрома. Рассматриваются особенности психофармакотерапии депрессий с сопутствующим истощением с акцентом на препаратах с дофаминергическими свойствами.

Ключевые слова: выгорание; депрессия; истощение; хронический стресс; психофармакотерапия; дофамин; сертралин

The purpose of the review was to analyse the psychopathology manifestations of the burn-out syndrome and its clinical variant — the exhaustion disorder, proposed by Swedish psychiatrists. The results of the studies show close relations of the burn-out syndrome and depressive disorders, provoked by chronic professional stress factors. The criteria of the exhaustion disorder and the asthenic syndrome were discussed. The psychopharmacotherapy approaches to depression with comorbid exhaustion disorder also considered.

Keywords: burn-out; depression; exhaustion disorder; chronic stress; professional stress; dopamine; sertraline

Концепция профессионального *выгорания* разработана американским психологом Гербертом Фрейдбергером в 1974 г. [1]. Как и многие другие находки психологов, синдром выгорания заслуживает психопатологического анализа с тем, чтобы применить его в клинической практике для дифференцированной оценки и адекватной терапии расстройств, развивающихся в условиях хронического стресса. В МКБ-10 выгорание не отнесено к психическим расстройствам и упоминается в виде состояния «витального истощения» (Z73.0) в разделе «Проблемы, связанные с жизненными трудностями». Однако в связи со значимостью проблемы хронического профессионального стресса и ростом его негативных последствий в различных странах шведские психиатры предложили особую диагностическую категорию — *расстройство, проявляющееся истощением (exhaustion disorder)*, включенную в шведскую версию МКБ-10 [2]. Цель обзора заключается в анализе психопатологических проявлений выгорания, его клинического варианта (истощения) и их связи с депрессивными расстройствами, также нередко провоцируемыми хроническими стрессовыми факторами в профессиональной сфере.

Выгорание является трехмерным синдромом, в который входят эмоциональное истощение, деперсонализация или личностные изменения и утрата профес-

сиональной эффективности, развивающимся в ответ на хронический профессиональный стрессовый фактор [3, 4]. Истощение характеризуется ощущением эмоциональной опустошенности, физической усталости, утраты энергии, угнетенным настроением. Деперсонализация выражается в формальном, циничном (пренебрежительном и презрительном) отношении к работе и сослуживцам, утрате мотивации, смысла и цели профессиональной деятельности. Снижение профессиональной эффективности включает переживание неадекватности и некомпетентности с утратой уверенности в своих профессиональных возможностях.

Основой концепции служит положение о том, что выгорание представляет собой результат длительного неразрешенного служебного стрессового фактора и развивается вследствие конфликта между служебными требованиями и возможностями работника [4, 5]. Таким образом, выгорание — это длительное нарушение адаптации, которое необходимо дифференцировать от нормальной кратковременной стрессовой реакции [6, 7]. Основным признаком выгорания считается усталость, или истощение, которое, однако, неспецифично для выгорания, поскольку может встречаться при всех тревожных и депрессивных расстройствах [8, 9]. Наиболее близким расстройством в МКБ-10 можно полагать неврастению, имеющую сходные признаки, но не огра-

другими антидепрессантами благодаря отчетливому и сбалансированному антидепрессивному эффекту. Сертралин (Золофт), как и другие СИОЗС, эффективен при различных вариантах депрессии, однако, обладая дофаминергической активностью, имеет преимущества при наличии в структуре депрессии ангедонии и признаков истощения: усталости, апатии и когнитивных нарушений [40, 41]. Кроме того, следует отметить недостаточную эффективность фармакотерапии депрессии с сопутствующим истощением без индивидуальной психотерапии, направленной на разрешение хронической психотравмирующей ситуации и негативные стратегии преодоления с особым вниманием к влиянию профессионального стрессового фактора.

Таким образом, психологическая концепция профессионального выгорания находит свое развитие в психопатологических и терапевтических разработках, акцентируя внимание врачей и клинических психологов на роли хронического стрессового фактора в развитии синдрома истощения и связанной с ним депрессии. В то же время необходимы дальнейшие исследования в этом направлении для разработки стратегии профилактики, комплексной терапии и реабилитации пациентов.

Данная статья подготовлена при поддержке компании «Пфайзер».

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- Freudenberger H.J. Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 1974;30(1):159–165.
- Grossi G., Persky A., Osika W., Savich I. Stress-related exhaustion disorder — clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neuro-biological and physiological changes in clinical burnout. *Scand. J. Psychol.* 2015;56(6):626–636.
- Maslach C., Jackson S.E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 1981;2(2):99–113.
- Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001;52(1):397–422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.
- Weber A., Jaekel-Reinhard A. Burnout syndrome: A disease of modern societies? *Occupational Medicine*. 2000;50(7):512–517.
- Schaufeli W.B., Enzmann D. The burnout companion to study and practice: A critical analysis. London, United Kingdom: Taylor and Francis, 1998.
- Schaufeli W.B., Leiter M.P., Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*. 2009;14(3):204–220.
- Bianchi R., Boffy C., Hingray C., Truchot D., Laurent E. Comparative symptomatology of burnout and depression. *Journal of Health Psychology*. 2013;18(6):782–787.
- Bianchi R., Schonfeld I.S.S., Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clin. Psychol. Rev.* 2015;36:28–41. doi: 10.1016/j.cpr.2015.01.004.
- Schaufeli W.B., Bakker A.B., Hoogduin K., Schaap C., Kladler A. On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology and Health*. 2001;16(5):565–582.
- Bahlmann J., Angermeyer M.C., Schomerus G. «Burnout» statt «Depression» — eine Strategie zur Vermeidung von Stigma? [Calling it «burnout» instead of «depression» — A strategy to avoid stigma?] *Psychiatrische Praxis*. 2013;40(2): 78–82.
- Rössler W., Hengartner M.P., Ajdacic-Gross V., Angst J. Predictors of burnout: results from a prospective community study. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2015. Feb;265(1):19–25. doi: 10.1007/s00406-014-0512-x.
- Dyrbye L.N., Thomas M.R., Massie F.S., Power D.V., Eacker A., Harper W. et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Annals of Internal Medicine*. 2008;149(5):334–341.
- Freudenberger H.J. Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 1974;30(1):159–165.
- Grossi G., Persky A., Osika W., Savich I. Stress-related exhaustion disorder — clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neuro-biological and physiological changes in clinical burnout. *Scand. J. Psychol.* 2015;56(6):626–636.
- Maslach C., Jackson S.E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 1981;2(2):99–113.
- Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001;52(1):397–422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.
- Weber A., Jaekel-Reinhard A. Burnout syndrome: A disease of modern societies? *Occupational Medicine*. 2000;50(7):512–517.
- Schaufeli W.B., Enzmann D. The burnout companion to study and practice: A critical analysis. London, United Kingdom: Taylor and Francis, 1998.
- Schaufeli W.B., Leiter M.P., Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*. 2009;14(3):204–220.
- Bianchi R., Boffy C., Hingray C., Truchot D., Laurent E. Comparative symptomatology of burnout and depression. *Journal of Health Psychology*. 2013;18(6):782–787.
- Bianchi R., Schonfeld I.S.S., Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clin. Psychol. Rev.* 2015;36:28–41. doi: 10.1016/j.cpr.2015.01.004.
- Schaufeli W.B., Bakker A.B., Hoogduin K., Schaap C., Kladler A. On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology and Health*. 2001;16(5):565–582.
- Bahlmann J., Angermeyer M.C., Schomerus G. «Burnout» statt «Depression» — eine Strategie zur Vermeidung von Stigma? [Calling it «burnout» instead of «depression» — A strategy to avoid stigma?] *Psychiatrische Praxis*. 2013;40(2):78–82.
- Rössler W., Hengartner M.P., Ajdacic-Gross V., Angst J. Predictors of burnout: results from a prospective community study. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2015, Feb;265(1):19–25. doi: 10.1007/s00406-014-0512-x.
- Dyrbye L.N., Thomas M.R., Massie F.S., Power D.V., Eacker A., Harper W. et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Annals of Internal Medicine*. 2008;149(5):334–341.

14. Takai M., Takahashi M., Iwamitsu Y., Ando N., Okazaki S., Nakajima K. et al. The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: Relations to depression and quality of life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009;49(1):e1–e5.
15. Ahola K., Honkonen T., Isometsä E., Kalimo, R., Nykyri E., Aromaa A. et al. The relationship between job-related burnout and depressive disorders — Results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*. 2005;88(1):55–62.
16. Schonfeld I.S. Stress in 1st-year women teachers: The context of social support and coping. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*. 2001;127(2):133–168.
17. Ahola K., Hakanen J., Perhoniemi R., Mutanen P. Relationship between burnout and depressive symptoms: a study using the person-centred approach. *Burnout Res*. 2014;1:29–37.
18. Hakanen J.J., Schaufeli W.B. Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*. 2012;141(2):415–424.
19. Bakker A.B., Schaufeli W.B., Demerouti E., Janssen P.P.M., Van Der Hulst R., Brouwer J. Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress and Coping*. 2000;13(3):247–268.
20. Toker, S., Biron M. Job burnout and depression: Unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *Journal of Applied Psychology*. 2012;97(3):699–710.
21. Shirom A., Ezrachi Y. On the discriminant validity of burnout, depression and anxiety: A re-examination of the Burnout Measure. *Anxiety, Stress and Coping*. 2003;16(1):83–97.
22. Ahola K., Honkonen T., Virtanen M., Kivimäki M., Isometsä E., Aromaa A. et al. Interventions in relation to occupational burnout: The population-based health 2000 study. *Journal Of Occupational And Environmental Medicine / American College Of Occupational And Environmental Medicine*. 2007; 49(9):943–952.
23. Salmela-Aro K., Savolainen H., Holopainen L. Depressive symptoms and school burnout during adolescence: Evidence from two cross-lagged longitudinal studies. *Journal of Youth and Adolescence*. 2009;38(10):1316–1327.
24. Armon G., Melamed S., Toker S., Berliner S., Shapira I. Joint effect of chronic medical illness and burnout on depressive symptoms among employed adults. *Health Psychology*. 2014;33(3):264–272.
25. Shin H., Noh H., Jang Y., Park Y.M., Lee S.M. A longitudinal examination of the relationship between teacher burnout and depression. *Journal of Employment Counseling*. 2013;50(3):124–137.
26. Armon G., Shirom A., Melamed S. The Big Five personality factors as predictors of changes across time in burnout and its facets. *Journal of Personality*. 2012;80(2):403–427.
27. Campbell J., Prochazka A.V., Yamashita T., Gopal R. Predictors of persistent burnout in internal medicine residents: A prospective cohort study. *Academic Medicine*. 2010;85(10):1630–1634.
28. Salmela-Aro K., Aunola K., Nurmi J.-E. Trajectories of depressive symptoms during emerging adulthood: Antecedents and consequences. *European Journal of Developmental Psychology*. 2008;5(4):439–465.
29. Landsbergis P.A. Occupational stress among health careworkers: A test of the job demands-control model. *Journal of Organizational Behavior*. 1988;9(3):217–239.

30. Melamed S., Shirom A., Toker S., Shapira I. Burnout and risk of type 2 diabetes: A prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosomatic Medicine*. 2006;68(6):863–869.
31. Armon G., Shirom A., Berliner S., Shapira I., Melamed S. A prospective study of the association between obesity and burnout among apparently healthy men and women. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2008;13(1):43–57.
32. Kitaoka-Higashiguchi K., Morikawa Y., Miura K., Sakurai M., Ishizaki M., Kido T. et al. Burnout and risk factors for arteriosclerotic disease: Follow-up study. *Journal of Occupational Health*. 2009;51(2):123–131.
33. Ahola K., Vaananen A., Koskinen A. et al. Burnout as a predictor of all-cause mortality among industrial employees: a 10-year prospective study. *J. Psychosom. Res.* 2010;69:51–57. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.002.
34. Toker S., Melamed S., Berliner S., Zeltser D., Shapira I. Burnout and risk of coronary heart disease: A prospective study of 8838 employees. *Psychosomatic Medicine*. 2012;74(8):840–847.
35. Grossi G., Perski A., Evengård B., Blomkvist V., Orth-Gomér K. Physiological correlates of burnout among women. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003;55(4):309–316.
36. Lamers F., Vogelzangs N., Merikangas K.R., de Jonge P., Beekman A.T.F., Penninx B.W. Evidence for a differential role of HPA-axis function, inflammation and metabolic syndrome in melancholic versus atypical depression. *Molecular Psychiatry*. 2013;18(6):692–699.
37. Bakker A.B., Schaufeli W.B., Demerouti E., Janssen P.P.M., Van Der Hulst R., Brouwer J. Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress and Coping*. 2000;13(3):247–268.
38. Beser A., Sorjonen K., Wahlberg K. et al. Construction and evaluation of a self rating scale for stress-induced exhaustion disorder, the Karolinska exhaustion disorder scale. *Personality and Soc. Psychology*. 2014;55:72–82.
39. Rydmark I., Wahlberg K., Ghatan P.H., Modell S., Nygren A. et al. Neuroendocrine, cognitive and structural imaging characteristics of women on longterm sickleave with job stress-induced depression. *Biol. Psychiatry*. 2006;60:867–873.
40. Marin H., Menza M. Specific treatment of residual fatigue in depressed patients. *Psychiatry*. 2004;9:12–18.
41. Dunlop B.W., Nemeroff C.B. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2007;64(3):327–337.
- Melamed S., Shirom A., Toker S., Shapira I. Burnout and risk of type 2 diabetes: A prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosomatic Medicine*. 2006;68(6):863–869.
- Armon G., Shirom A., Berliner S., Shapira I., Melamed S. A prospective study of the association between obesity and burnout among apparently healthy men and women. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2008;13(1):43–57.
- Kitaoka-Higashiguchi K., Morikawa Y., Miura K., Sakurai M., Ishizaki M., Kido T. et al. Burnout and risk factors for arteriosclerotic disease: Follow-up study. *Journal of Occupational Health*. 2009;51(2):123–131.
- Ahola K., Vaananen A., Koskinen A. et al. Burnout as a predictor of all-cause mortality among industrial employees: a 10-year prospective study. *J. Psychosom. Res.* 2010;69:51–57. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.002.
- Toker S., Melamed S., Berliner S., Zeltser D., Shapira I. Burnout and risk of coronary heart disease: A prospective study of 8838 employees. *Psychosomatic Medicine*. 2012;74(8):840–847.
- Grossi G., Perski A., Evengård B., Blomkvist V., Orth-Gomér K. Physiological correlates of burnout among women. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003;55(4):309–316.
- Lamers F., Vogelzangs N., Merikangas K.R., de Jonge P., Beekman A.T.F., Penninx B.W. Evidence for a differential role of HPA-axis function, inflammation and metabolic syndrome in melancholic versus atypical depression. *Molecular Psychiatry*. 2013;18(6):692–699.
- Bakker A.B., Schaufeli W.B., Demerouti E., Janssen P.P.M., Van Der Hulst R., Brouwer J. Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress and Coping*. 2000;13(3):247–268.
- Beser A., Sorjonen K., Wahlberg K. et al. Construction and evaluation of a self rating scale for stress-induced exhaustion disorder, the Karolinska exhaustion disorder scale. *Personality and Soc. Psychology*. 2014;55:72–82.
- Rydmark I., Wahlberg K., Ghatan P.H., Modell S., Nygren A. et al. Neuroendocrine, cognitive and structural imaging characteristics of women on longterm sickleave with job stress-induced depression. *Biol. Psychiatry*. 2006;60:867–873.
- Marin H., Menza M. Specific treatment of residual fatigue in depressed patients. *Psychiatry*. 2004;9:12–18.
- Dunlop B.W., Nemeroff C.B. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2007;64(3):327–337.

Вельтищев Дмитрий Юрьевич — доктор медицинских наук, заведующий отделом стрессовых расстройств Московского НИИ психиатрии — филиала ФМИЦПН им. В.П. Сербского МЗ России; профессор кафедры психиатрии ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, РФ

E-mail: dveltishchev@gmail.com

Ковалевская Оксана Борисовна — научный сотрудник отдела стрессовых расстройств Московского НИИ психиатрии — филиала ФМИЦПН им. В.П.Сербского МЗ России, Москва, РФ

E-mail: kovalevskob@mail.ru

Серавина Ольга Феликсовна — научный сотрудник отдела стрессовых расстройств Московского НИИ психиатрии — филиала ФМИЦПН им.В.П. Сербского МЗ России, Москва, РФ

E-mail: seravina.olga@mail.ru

Veltishchev Dmitriy — PhD, MD, professor, head of Stress disorders department, Moscow Research Institute of Psychiatry — Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology MoH RF; Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, RF

E-mail: dveltishchev@gmail.com

Kovalevskaya Oksana — researcher, Moscow Research Institute of Psychiatry — Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology MoH RF, Moscow, RF

E-mail: kovalevskob@mail.ru

Seravina Olga — researcher, Moscow Research Institute of Psychiatry — Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology MoH RF, Moscow, RF

E-mail: seravina.olga@mail.ru

Дата поступления 14.06.2017

Дата принятия 20.06.2017

Павел Андреевич Федотов (1815–1852)**Pavel Andreevich Fedotov (1815–1852)**

Тиганов А.С.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Tiganov A. S.
FSBSI «Mental Health Research Centre»



Трагичной и быстротечной была судьба выдающегося русского художника Павла Андреевича Федотова. Его короткая жизнь закончилась тяжелым душевным заболеванием.

Непревзойденный художник, создавший свое направление в живописи, имеющей не только художественную, но и общественную значимость, вызывает и сегодня огромный интерес любителей живописи.

Павел Андреевич Федотов родился в Петербурге, в семье небогатого чиновника. Отец его отличался педантичностью и подозрительностью. Художник писал об отце: «...Осуждаю его подозрительность, со всем тем не могу не удивляться этой неумолимой врожденной его правдивости».

Павел обладал спокойным и покладистым характером, но ему не были чужды детские шалости и проказы; учился хорошо, в нем рано проснулась страсть к рисо-

ванию; карандашные портреты и дружеские шаржи были любимой формой его творчества, однако в юности он не помышлял о профессии художника.

Федотов-юноша обладал веселым и общительным характером, охотно встречался с друзьями, пел, аккомпанируя себе на гитаре, был солистом в хоре, самостоятельно выучился играть на фортепиано.

Вместе с этим он часто посещал Эрмитаж, его рисунками заинтересовался Карл Брюллов. В 1840 г., находясь на военной службе, он написал несколько акварелей, содержанием которых был быт солдат и офицеров воинского подразделения, где он служил, эти акварели вызвали интерес знакомых художников, посоветовавших ему задуматься о возможной профессии живописца.

В 1844 г. Федотов принял решение уйти в отставку и полностью посвятить себя любимому делу. В этот период он создал большое количество картин, в некоторых из них чувствовалась твердая рука будущего незаурядного мастера. Окружающие отмечали чрезмерную трудоспособность художника; этот период его дружья и почитатели считали невероятно продуктивным. В 1848 г. П.А. Федотов представил на выставке Академии художеств свои картины, среди них были «Свежий кавалер», «Разборчивая невеста», «Сватовство майора»; за последнюю картину он был удостоен звания академика. Представленные им полотна имели громадный успех. Критики подчеркивали увлекательность сюжета и безукоризненность почерка художника.

В эти годы им была создана галерея характерных типажей, уродливых и смешных, персонажей сцен петербургского быта. Жизненная правда, сила социальной критики, новаторство в создании драматических сюжетов наряду с изображением недалеких и ограниченных чиновников и купцов — черты, присущие творческому стилю П.А. Федотова. В последующие годы он создал серию портретов, выполненных в классической традиционной манере и отличающихся четкостью характеристик позирующих ему личностей. В прессе появилось

большое количество статей, подчеркивающих талант художника и обращающих особое внимание на нравственно-критическое содержание его картин. Вместе с этим созданная им серия карандашных портретов вызвала отрицательную реакцию со стороны критики и цензуры.

Он написал несколько картин, среди которых выделялась «Вдовушка». От картины веет элегической грустью; друзья и почитатели художника, привыкшие к сатире в творчестве Федотова под девизом «Смех исправляет нравы», высказывали сомнение в теме одиночества, которая, по их мнению, не сулила успеха Федотову-художнику, однако в последующем мотивы грусти и одиночества все чаще появлялись в полотнах художника.

В конце 40-х гг. XIX в. П.А. Федотов, чувствовавший себя ранее совершенно здоровым, стал жаловаться на нервное расстройство, бессонницу, отмечал головные боли, боли в глазах. Окружающие обратили внимание на то, что из веселого, общительного, разговорчивого человека он превратился в угрюмого и мрачного меланхолика, он говорил об охватившей его тоске, перестал работать, иногда высказывал мысли о нежелании жить.

В начале 1852 г. сниженное настроение сменилось чрезмерной активностью; целые дни он проводил у своих друзей, особенно тех, в семье которых были девушки на выданье, каждой из них делал предложение, вызывая недоумение окружающих. Часто посещал ювелирные магазины, где покупал дорогие украшения для своей «мифической возлюбленной». На вопросы окружающих о том, кто же является его избранницей, загадочно улыбался, приложив палец к губам, и говорил, что эта тайна.

Внезапно развилось состояние возбуждения с речевой разорванностью. Художник был помещен в клинику, где он целыми днями с хохотом носился по палате, бился головой о стену; возбуждение сопровождалось нецензурной бранью, взгляд периодически становился свирепым и безумным. Больной говорил, что видит чудовищные сцены и образы. Временами он заявлял о своей высокой миссии, называл себя самым богатым человеком, требовал исполнения своих приказов и желаний, настаивал на превращении Васильевского острова в Афины — город, наполненный мраморными дворцами, храмами и пантеонами.

Несмотря на проводимое «лечение» (с целью уменьшить возбуждение несколько человек били его кнутами), улучшение не наступало, и он был переведен из частной Венской клиники в больницу Всех скорбящих. Однако

и здесь наблюдалось неистовое возбуждение: больной говорил, что как-то связан с небесными светилами и звездами, намекал на контакты с обитателями звездных миров.

Возбуждение неоднократно прерывалось непродолжительными светлыми промежутками, во время которых он просил карандаш и бумагу и делал зарисовки больных и сотрудников больницы. За несколько дней до кончины возбуждение и признаки помрачения сознания исчезли, он находился в подавленном состоянии, плакал, читал письмо, присланное ему отцом, высказал пожелания приобщения Святых Таин. Пациент просил пригласить к нему его друзей, чтобы проститься с ним.

Анализ болезни П.А. Федотова свидетельствует, что недуг дебютировал острым кататоническим состоянием с помрачением сознания в виде онейроида, которому предшествовало маниакальное состояние, сопровождавшееся неправильным поведением и нелепыми поступками. В остром состоянии имели место идеи величия и богатства, что заставляет предполагать возможность развития маниакальной парафрени, предшествующей картине онейроидной кататонии. Обращает на себя внимание резко выраженное кататоническое возбуждение, временами приобретающее характер неистовства и прерывающееся светлыми промежутками с правильной ориентировкой и адекватным поведением.

Маниакальному состоянию, развившемуся в дебюте болезни, предшествовала непродолжительная депрессия с падением работоспособности и соматическими расстройствами.

Нельзя не отметить развития предсмертной ремиссии, которая, по-видимому, сопровождалась сниженным фоном настроения и полным исчезновением психотической симптоматики.

Не вызывает сомнения, что художник страдал эндогенным заболеванием с приступообразным течением, при этом острому психотическому состоянию с онейроидно-кататонической симптоматикой предшествовали развернутые аффективные состояния. Об истинном начале заболевания художника судить трудно.

Полотна художника, выполненные в лучших традициях отечественной живописи и критического реализма, оказали огромное влияние на развитие русской живописи.

Картины П.А. Федотова, украшающие залы Третьяковской галереи, не оставляют равнодушными истинных любителей живописи.

Тиганов Александр Сергеевич — академик РАН, профессор, научный руководитель ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ
E-mail: atiganov@yandex.ru

Tiganov Alexander — PhD, MD, academician of RAS, professor, scientific chief of FSBSI MHRC, Moscow, RF
E-mail: atiganov@yandex.ru

И.М. Балинский — основоположник отечественной клинической и научной психиатрии

Balinsky I.M. as a pioneer of clinical and scientific psychiatry in Russia

Ястребов В.С.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ

Yastrebov V.S.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, RF



71



Исполняется 190 лет со дня рождения одного из первых русских психиатров, первого отечественного профессора психиатрии Ивана Михайловича Балинского, который родился 23 мая (4 июня) 1827 г. в своем родовом имении Яшуны Виленской губернии. После окончания с наградой Варшавской классической гимназии он в 1846 г. досрочно с золотой медалью окончил курс Императорской медико-хирургической академии, работал младшим ординатором в Ораниенбаумском военном госпитале. В 1855 г. защитил докторскую диссертацию на тему «К истории учения о лихорадке».

В 1856 г. И.М. Балинский был назначен адъюнкт-профессором при кафедре профессора И.И. Мянковского, где поначалу читал курс детских болезней студентам 4-го курса академии, а затем в связи с организацией в составе медико-хирургической академии кафедры нервных и душевных заболеваний в сентябре 1857 г. начал

впервые в России преподавать психиатрию в качестве самостоятельной дисциплины студентам 3–5-х курсов. В 1860 г. его назначают ординарным профессором кафедры, которую ему было поручено возглавлять.

Чтобы создать необходимые условия для душевнобольных и преподавания, И.М. Балинский преобразует действующее отделение, в котором ранее душевнобольных содержали в ужасных условиях. В 1859 г. состоялось открытие этого отделения. За удачную разработку проекта, а также «за успешное содействие к приведению этого проекта в исполнение» И.М. Балинский был награжден орденом Св. Анны 3-й степени. Поскольку со временем действующее в академии клиническое отделение для душевнобольных не могло вместить необходимое для преподавания количество больных, И.М. Балинскому было поручено составить проект новой клиники и руководить ее строительством. К этому новому поручению он подошел с большой ответственностью, в разработке ее проекта учел свой прежний опыт и сведения, полученные им во время многих зарубежных ознакомительных поездок. Проект новой клиники учитывал не только потребности в размещении больных, дифференцированного их содержания и лечения, но и условия для полноценного педагогического процесса. Примечательно, что в проекте в равной степени были учтены и условия работы обслуживающего персонала, были предусмотрены для него специальные льготы и преимущества (сокращение срока службы за выслугу лет, право на включение врачей и персонала в комитет раненых при получении ими увечий от больных, увеличение жалования и др.). Во избежание быстрого переполнения клиники больными с затяжным, хроническим характером течения болезни, превращения ее в «богадельню» был поставлен вопрос о необходимости параллельного строительства специальных приютов. В ноябре 1869 г. строительство этой новой клиники было завершено.

И.М. Балинский показал себя как талантливый педагог и лектор. Слушатели психиатрического курса про-

его мнению, служит свидетельством психической неполноценности человека и своеобразным промежуточным состоянием между болезнью и здоровьем.

И.М. Балинский принимал активное участие в совершенствовании помощи душевнобольным, улучшении условий их содержания. В 1859, 1863 и 1865 гг. он был командирован в европейские страны для ознакомления с опытом работы многих психиатрических клиник, организацией в них помощи, действующим законодательством в этих странах и т.п. С 1869 г. по инициативе И.М. Балинского и при его участии Министерство внутренних дел стало воплощать в жизнь составленный И.М. Балинским план устройства окружных лечебниц для душевнобольных в университетских городах. И.М. Балинский разработал план устройства Харьковской окружной лечебницы, проводил экспертизу проектов больниц для Казани, Твери, Владимира, Новгорода, Одессы и Киева. В дальнейшем на протяжении 25 лет он был бессменным консультантом различных ведомств по строительству психиатрических учреждений.

И.М. Балинский был высокообразованным человеком, проявлял интерес к разработке новых научных подходов, внимательно следил за успехами клинической и научной психиатрии в других странах. Будучи хорошо знакомым с зарубежным опытом оказания психиатрической помощи, Иван Михайлович содействовал улучше-

нию больничного дела, созданию необходимых условий для душевнобольных.

Наряду с преподавательской и научной И.М. Балинский активно занимался общественной деятельностью. Он создал школу петербургских психиатров, объединив вокруг себя единомышленников, основал Общество С.-Петербургских врачей для помешанных, принимал участие в создании Петербургского общества психиатров, уступив пост его председателя своему преемнику, профессору И.П. Мержеевскому и оставшись почетным членом этого общества. Был совещательным членом Военно-медицинского ученого комитета, оставаясь в то же время членом Медицинского совета и председателем основанного им Попечительного комитета Елизаветинской детской больницы.

В 1876 г. он передает профессору И.П. Мержеевскому пост руководителя кафедры в Медико-хирургической академии, оставаясь профессором этой кафедры до 1884 г. После ухода с кафедры он остается консультантом и руководителем многих своих учеников.

И.М. Балинский имел чин вначале надворного, а затем действительного статского и действительного тайного советника.

И.М. Балинский умер 11 марта 1902 г., был похоронен на семейном кладбище. На его надгробной плите надпись: «Иван Балинский — сын Михаила и Софии, друг и слуга душевнобольных».

Ястребов Василий Степанович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом организации психиатрических служб, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ
E-mail: vsyastrebov@gmail.com

Yastrebov Vasily — PhD, MD, professor, head of Psychiatric services organization department, FSBSI MHRC, Moscow, RF
E-mail: vsyastrebov@gmail.com

Дата поступления 12.02.2017

Дата принятия 29.05.2017

Предсказание в душевных болезнях¹

Prediction in mental illnesses

Балинский И.М.
Balinsky I.M.



74

Предсказание в душевных болезнях имеет двоякую цель, а именно — определить опасность болезни в отношении к жизни умопомешанного и, во-вторых, определить возможность и время выздоровления от нее, в случае если болезнь сама по себе несмертельна.

I. ПРЕДСКАЗАНИЕ В ОТНОШЕНИИ К ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

В этом отношении более или менее благоприятное предсказание зависит скорее от присутствия других болезненных процессов, осложняющих умопомешательство (как-то: кишечного катара, бугорчатой чахотки и т.д.), нежели от вида душевной болезни. Между различными однако ж болезнями мозга, обуславливающими умопомешательство, опаснее прочих те глубокие в нем изменения, которые обнаруживаются группой припадков, свойственных паралитической глупости. В подобных случаях жизнь больного продолжается обыкновенно не более двух или трех лет. То же самое можно сказать в отношении к обширным и сильным гиперемиям мозга, составляющим иногда анатомическое основание неистовства или появляющимся от времени до времени в его течении. Вследствие их развивается нередко острое размягчение коркового слоя, серозные и кровянистые излияния в мозг и его оболочках, за которыми быстро следует смерть.

Причину смерти бывает далее не только острый, но и хронический отек мозга. Вообще смертельный исход свойствен более первичным, нежели вторичным видам умопомешательства. В общей мании и глупости минувшие острые болезненные процессы в мозгу оставляют после себя не подлежащие уже дальнейшему изменению повреждения ткани и допускающие не только продолжительную жизнь, но и заметное улучшение в общем состоянии здоровья. Наконец продолжительное воздержание от пищи, преимущественно свойственное меланхоликам, составляет также весьма опасное явление для жизни больного.

II. ПРЕДСКАЗАНИЕ В ОТНОШЕНИИ К ИЗЛЕЧИМОСТИ И НЕИЗЛЕЧИМОСТИ ДУШЕВНОЙ БОЛЕЗНИ

Для определения излечимости или неизлечимости болезни в данном случае нужно принимать во внимание многочисленные обстоятельства, и потому требуются для этого не только основательные психиатрические познания, но и многолетняя опытность. Статистические исследования представляют в этом отношении некоторые важные данные, подтвержденные наблюдениями всех врачей, например положительную неизлечимость вторичной глупости, неблагоприятное влияние на предсказание продолжительности болезни и т.д. Дальнейшие однако ж выводы, основанные на статистике, весьма сомнительны, потому что, во-первых, слово *выздоровление* принимается разными психиатрами в различном смысле; во-вторых, потому, что ни одна статистика не в состоянии определить тех многочисленных условий, на которых в частных случаях основывается заключение о полном выздоровлении от умопомешательства.

Условия, заслуживающие особенного внимания при определении излечимости болезни, суть следующие.

1. Вид душевной болезни. Вид душевной болезни, или период ее имеют важное влияние на предсказание. Из первичных видов таковы меланхолия и мания; первая, по мнению Griesinger, Flemming, скорее излечивается, нежели вторая, ибо она составляет собственно начало только всех прочих видов. Другие однако ж психиатры (Jessen, Jdeler, Falret, Haslam, Ferrus, Rush) считают манию и преимущественно неистовство всего легче излечимым видом умопомешательства. Разногласие зависит здесь отчасти от того, что в дома умалишенных поступают обыкновенно больные, одержимые застарелыми видами меланхолии, которая без сомнения труднее излечивается, нежели неистовство, и от того далее, что умеренное даже болезненно возбужденное душевное состояние

¹ Балинский И.М. Предсказание в душевных болезнях // В кн.: Лекции по психиатрии / И.М. Балинский; под ред. Н.И. Бондарева, Н.Н. Тимофеева. Медгиз, 1958. С. 81–91.

Является ли современная концепция обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) новой? От фон Вестфалья (1877) и Томсена (1895) до МКБ-10 и DSM-V / A. Oberbeck, H. Steinberg // *Nervenarzt*. 2015. 86(9). P. 1162–1167¹ (расширенный реферат)

Sind die aktuellen Konzepte der Zwangsstörung ein Novum? Von Westphal (1877) und Thomsen (1895) zur ICD-10 und zum DSM-V / A. Oberbeck, H. Steinberg // *Nervenarzt*. 2015. 86(9). P. 1162–1167 (detailed abstract)

Шипилова Е.С.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ

Shipilova E.S.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, RF



78

Карл Вестфаль был первым немецкоязычным нейрорепсихиатром, предложившим в 1877 г. первое точное определение навязчивых мыслей и выделившим ОКР как отдельную нозологическую единицу. Предложенные им критерии ОКР послужили началом дебатов в научных кругах относительно синдромологической принадлежности и классификации навязчивостей и не были полностью признаны его современниками. В 1895 г. его ученик Роберт Томсен попытался обосновать и детализировать теорию своего учителя, что также было подвергнуто критике. Таким образом, работы К. Вестфалья и Р. Томсена по сей день наиболее значимы для концептуализации и определения ОКР, поскольку они заложили основы для существующей феноменологии, определения и классификации ОКР в соответствии с существующими в настоящее время классификациями МКБ-10 и DSM-V. Кроме феноменологической дифференциации между обсессиями (т.е. навязчивыми мыслями и побуждениями) и компульсиями (т.е. навязчивыми действиями и их запретом), К. Вестфаль и Р. Томсен также заложили основы большинства актуальных на сегодняшний день диагностических критериев ОКР. Р. Томсеном, во-первых, ОКР было впервые выделено как отдельное заболевание, во-вторых, им был описан ряд обсессивно-компульсивных нарушений, характерных для других заболеваний.

В 2013 г. появилась 5-я версия диагностического и статистического руководства психических расстройств (DSM-V), нововведения которой в особенности коснулись ОКР. В основу исторической концепции ОКР и его современных диагностических критериев в DSM-V, а также МКБ-10 (Международная статистическая классификация болезней 10-го пересмотра), использующейся в немецкоязычной среде, заложены принципы ранних работ К. Вестфалья и Р. Томсена. Их статьи XIX в. остаются предметом обсуждения при сопоставлении с современными классификациями.

¹ doi: 10.1007/s00115-014-4229-x.

**РОЛЬ К. ВЕСТФАЛЯ И Р. ТОМСЕНА
В СОЗДАНИИ ТЕРМИНА «НАВЯЗЧИВОСТЬ»**

Карл Фридрих Отто Вестфаль родился в 1833 г. в Берлине, обучался медицине в Берлине, Гейдельберге и Цюрихе. Под руководством Карла Вильгельма Иделера (1795–1860) в 1858 г. он получил должность врача-ассистента психиатрического отделения Берлинской университетской клиники Шарите. В 1856 г. К. Вестфаль на непродолжительное время покинул психиатрию, однако три года спустя вернулся и был принят на должность руководителя отделения нервных и психических заболеваний госпиталя Шарите. К. Вестфаль считался одним из виднейших ученых в области нейропсихиатрии своего времени. В частности, он впервые описал «псевдосклероз» (так называемый синдром Вестфалья–Штрюмпеля) и агорафобию. Вестфаль скончался в санатории Кройцлинген в 1890 г.

7 марта 1877 г. на заседании Берлинского медико-психологического общества К. Вестфаль представил доклад «О навязчивых представлениях», ставший ключевым в формировании понятия ОКР. Вестфаль одним из первых немецкоязычных психиатров сформулировал детализированное определение ОКР и описал это расстройство как отдельную нозологическую единицу. До этого в 1867 г. Рихард фон Крафт-Эббинг (1840–1902) ввел в немецкую психиатрию понятие навязчивых представлений в рамках концепции единого психоза, не считая его отдельным заболеванием. Годом ранее Вильгельм Гризингер (1817–1868) представил доклад «К вопросу о навязчивых представлениях» в контексте так называемых «навязчивых мыслей». По сравнению с работами К. Вестфалья концепция навязчивостей в работах этих авторов были менее детализированы и ограничены простым описанием симптомов без определения нозологической принадлежности. Предшественником и идейным вдохновителем первых

ских аспектах дифференциации с другими известными в те времена психическими заболеваниями.

Большинство психиатров — современников К. Вестфаля рассматривали феномен навязчивостей лишь в качестве отдельного симптома других психических расстройств. Р. Томсен подверг критике доминирующее в те времена представление о навязчивостях. По его утверждению, в отдельных случаях навязчивости действительно выступают лишь в качестве «сопутствующих симптомов» других заболеваний, тем не менее навязчивые состояния также представляют собой отдельную нозологическую единицу. Необходимо подчеркнуть, что он сам предлагал дифференциацию навязчивых состояний на «дейтеропатические», встречающиеся в качестве симптомов «общей нервозности и неврастении», и «идиопатические», являющиеся отдельным симптомокомплексом и отдельным заболеванием при отсутствии у больного других психических нарушений.

По аналогии с историческими работами К. Вестфаля и Р. Томсена, МКБ-10, будучи клиническим диагностическим руководством, приводит диагностические критерии психических заболеваний, разделенных на классы и категории, безотносительно их причин и прочих эпидемиологических и социальных факторов. ОКР, согласно МКБ-10, является отдельной категорией (F42). «Дейтеропатические» навязчивые состояния, описанные Р. Томсеном, соответствуют, согласно современной точке зрения, обсессивно-компульсивным нарушениям при депрессии или шизофрении. Необходимо отметить, что ОКР, как изолированное, так и коморбидное с другим психическим заболеванием, встречается достаточно редко. Более высокий уровень коморбидности определяется у расстройств настроения и генерализованного тревожного расстройства, а также ананкастного расстройства личности.

В то время как навязчивые состояния причислялись в DSM-IV к тревожному и паническому расстройству, в DSM-V они вошли в собственную категорию «ОКР и сходные состояния» наряду с похожими нарушениями (дисморфофобией, трихотилломанией и т.п.). В классификацию DSM-V введено понятие так называемого обсессивно-компульсивного спектра, к которому относятся психические расстройства, в чьей клинической картине преобладают стереотипно повторяющиеся мысли/представления или же соответствующее поведение. Уже К. Вестфалем была установлена определенная взаимосвязь между навязчивыми состояниями и трихотилломанией, вырывание волос на голове и из бороды рассма-

тривалось им как особая форма навязчивых действий. В то же время в DSM-IV и МКБ-10 трихотилломания относится к нарушению контроля над побуждениями.

Изменения в DSM-V отражают необходимость мультидименсионального подхода в психиатрии. Основанные на феноменологическом описании критерии заболеваний недостаточно полно характеризуют неоднородную группу ОКР. Наряду с выделением феноменологических подгрупп, в структуру классификации также интегрированы признаки заболеваний, не базирующиеся на описании симптомов, в частности тики, которые особенно часто встречаются у лиц с хроническим течением болезни и терапевтической резистентностью. Вычленение подгрупп соответствует необходимости разработки персонализированной психиатрии и психотерапии с целью оптимизации диагностики и лечения.

Еще в работах Р. Томсена указано, что обследованные пациенты с навязчивостями с трудом могли принять свою болезнь как «неизлечимую». Разумеется, Р. Томсеном не было описано течение болезни и подходы к ее лечению, тем более что терапевтические возможности в конце XIX в. были весьма ограничены. К. Вестфаль лишь вкратце упомянул о терапии больных с навязчивостями, не считал целесообразным их содержание в «психиатрических лечебницах», а в качестве терапии рекомендовал смену места жительства, деятельности, круга общения, а также водолечение и прогулки в горах.

Р. Томсен к кругу навязчивостей относил также тиковое расстройство, описанное Жоржем Жиллем де ла Туреттом (1857–1904), несмотря на то что допускал вероятность того, что тики недостаточно изучены и представляют собой самостоятельное заболевание. В соответствии с критериями DSM-V, тики не относятся к спектру обсессивно-компульсивных нарушений, тем не менее для них создана соответствующая подкатегория. Наличие обсессивно-компульсивной симптоматики у больных с тиками, хроническим течением заболевания и плохим терапевтическим прогнозом относится к особому подтипу ОКР. Так или иначе, в работах Р. Томсена можно проследить предпосылки для создания существующей в настоящее время системы подтипов и явлений коморбидности в рамках расстройств обсессивно-компульсивного спектра. Таким образом, можно сказать, что Р. Томсен в этом плане превзошел своего учителя К. Вестфаля, рассматривавшего навязчивые состояния в качестве отдельной, изолированной нозологической единицы.

Библиография 24 ед.

Шипилова Елена Сергеевна — младший научный сотрудник отдела гериатрической психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ
E-mail: elenium-r@mail.ru

Shipilova Elena — junior researcher, Department of geriatric psychiatry, FSBSI MHRC, Moscow, RF
E-mail: elenium-r@mail.ru

О конференции «Методы нейровизуализации в психиатрии», 30 марта 2017 года, Москва

**About conference «Methods of neuroimaging in psychiatry»,
30 March 2017, Moscow**

Лебедева И.С.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ

Lebedeva I.S.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, RF



83

29 марта в Научном центре психического здоровья прошла первая Всероссийская конференция «Методы нейровизуализации в психиатрии» (генеральными спонсорами являлись фирмы «Мединвест» и «Филипс»). Аудитория включала как врачей-рентгенологов и психиатров, так и физиологов, психологов, физиков, — всех тех, кого интересуют возможности и перспективы применения МРТ, ПЭТ, СПЕКТ с целью диагностики, прогноза и коррекции лечения различных психических заболеваний. Открывая конференцию, слушателей приветствовала директор НЦПЗ профессор Татьяна Павловна Ключник, затем с приветственным словом и программным докла-

дом по функциональной МРТ выступил президент Российского общества рентгенологов и радиологов, профессор Валентин Евгеньевич Сеницын. Выступавшие представляли различные научные и медицинские учреждения Москвы и Санкт-Петербурга, и, хотя это не перекрывало всей географии российской психиатрической нейровизуализации, докладчикам удалось представить результаты исследований мирового уровня, включавшие анализ структурно-функциональных особенностей головного мозга при широком спектре нозологий (особый акцент был сделан на нейродегенеративные заболевания, шизофрению и аффективные расстройства).

Лебедева Ирина Сергеевна — доктор биологических наук, заведующая лабораторией нейровизуализации и мультимодального анализа ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ
E-mail: lebedeva-i@yandex.ru

Lebedeva Irina — PhD, head of the Laboratory of neuroimaging and multimodal analysis, FSBSI MHRC, Moscow, RF
E-mail: lebedeva-i@yandex.ru

Дата поступления 16.05.2017

Дата принятия 29.05.2017

УДК 616.89

Международная конференция «Религиозность и клиническая психиатрия»**International conference «Religiosity and clinical psychiatry»****Гедевани Е.В.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ

Gedevani E.V.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, RF



84

В сообщении представлена информация о прошедшей в Москве конференции ФГБНУ «НЦПЗ» под эгидой Всемирной психиатрической ассоциации (WPA), соорганизаторами которой выступили Российское общество психиатров (РОП) и Союз охраны психического здоровья (СОПЗ). Изложены главные события конференции, дан обзор основных докладов.

Ключевые слова: World Psychiatric Association; международное сотрудничество; психиатрия; религиозность

The article reports on the conference of the Mental Health Research Centre (MHRC) that took place in Moscow under the auspices of the World Psychiatric Association (WPA), co-organized by the Russian Society of Psychiatrists (ROP) and the Union for Mental Health (UMH). The article gives information about main events and reports of the conference.

Keywords: World Psychiatric Association; international cooperation; psychiatry; religiosity

20–21 апреля 2017 г. в Москве в большом конференц-зале ФГБНУ «НЦПЗ» под эгидой WPA прошла тематическая международная конференция «Религиозность и психиатрия». Соорганизаторами конференции выступили РОП и СОПЗ.

Московская международная конференция «Религиозность и клиническая психиатрия» — уникальное событие в жизни российской психиатрии, позволившее собрать в ведущем клиническом научно-исследовательском учреждении России крупнейших специалистов в области религиозности и психиатрии: психиатров, психотерапевтов, психологов, аспирантов и ординаторов, священнослужителей и учащихся духовных школ, а также специалистов по социальной работе.

Понимание религиозности и духовности в их взаимосвязи с психическим здоровьем и психическими страданиями на протяжении многих лет оставалось темой научных (эмпирических) исследований. Принимая во внимание то, что каждый из нас исходя из собственного жизненного и духовного опыта оценивает результаты подобных исследований, очевидной необходимостью становится рассмотрение религиозности в рамках клинической практики. Такие категории, как религиозность и духовность, а также их влияние на здоровье человека, должны быть включены не только в оценку, но и в лечебный процесс всякий раз, когда они обоснованы. Религиозность и духовность следует рассматривать как нормальные черты

личности. Они не могут стать предметом пренебрежения со стороны психиатров, какими бы не были их собственные взгляды на религиозность и духовность.

События конференции проходили при поддержке WPA. Миссия WPA заключается в улучшении психического здоровья пациентов путем совершенствования стандартов обучения, медицинского образования и подходов, используемых в клинической практике. WPA рассматривает религиозность и духовность как важные обладающие ценностным значением категории в обеспечении психического здоровья человечества.

Целями и задачами конференции явились повышение квалификации специалистов, работающих в этой области, обмен клиническим опытом и результатами научных исследований, а также помощь в выстраивании социальных взаимодействий.

В мероприятии приняли участие 356 человек из 19 субъектов РФ, а также представители Великобритании, Швейцарии, Нидерландов, Израиля, США. В рамках Московской международной конференции «Религиозность и клиническая психиатрия» были предложены доклады представителей российской и зарубежной научной общности. В первый день конференции с приветственным словом к участникам выступили директор ФГБНУ НЦПЗ (Россия) профессор Т.П. Ключник, научный руководитель ФГБНУ НЦПЗ (Россия), академик РАН профессор А.С. Тиганов, экс-председатель секции по религии,

развивает когнитивную сферу и создает определенную ценностную базу.

На необходимость оценки личностных особенностей пациента психиатрического стационара, связанных с культуральными аспектами, указал и практикующий врач-психиатр из Иерусалима Иосиф Зислин. По мнению И. Зислина, психические расстройства, связанные с культуральными особенностями, можно разделить на два типа:

- 1) встречающиеся только в определенном локусе и только у носителей определенной культуры. К таким расстройствам относятся, например, амок, коро и пр.;
- 2) «синдромы столкновения», когда человек (обычно впервые) встречается с высокозначимым элементом культуры. К этому типу можно отнести иерусалимский синдром и ряд других синдромов.

Не был оставлен без внимания и исторический вопрос о развитии психиатрии в России, который осветил в своем докладе В.Г. Каледа, заместитель директора по развитию и инновационной деятельности ФГБНУ НЦПЗ. Он выделил основные исторические этапы взаимодействия психиатрии и религии в России начиная с XI в., когда лечение психически больных осуществлялось в монастырях; и более подробно остановился на вкладе в психиатрическую науку выдающегося отечественного врача Д.Е. Мелехова, который происходил из православной семьи и был верующим человеком.

Своим выступлением завершил конференцию научный руководитель ФГБНУ НЦПЗ, академик РАН, профессор А.С. Тиганов. Он подчеркнул наличие психопатологических особенностей в состояниях, связанных с религиозной тематикой, а также указал на необходимость изучения самого феномена веры в контексте психического заболевания.

При подведении итогов конференции были сделаны **следующие выводы.**

1. Московская международная конференция «Религиозность и клиническая психиатрия» соответствовала заявленному статусу, объединив на своей площадке представителей шести стран-участниц.
2. Широкий интерес российской научной психиатрической общественности и клиницистов, а также представителей духовных школ и священнослужителей можно проиллюстрировать следующими показателями: за два дня работы конференцию посетили 356 человек, среди которых представители 19 регионов РФ.
3. Среди участников конференции 22 клинические и научно-исследовательские организации из регионов РФ и 37 клинических, образовательных и научно-исследовательских учреждений из Москвы и Московской области.
4. Среди участников конференции — представители 13 вузов Москвы и 9 вузов из регионов РФ.
5. На конференции было представлено 15 докладов, среди которых пять докладов зарубежных специалистов.
6. Участниками конференции подготовлено 14 постерных докладов.

Таким образом, необходимо отметить, что начала работу новая международная площадка для взаимного обмена опытом и общения специалистов в области клинической психиатрии и религиозности. Опыт конференции может быть полезен, и в дальнейшем ее проведение может стать регулярным.

Познакомиться с материалами Московской международной конференции «Религиозность клиническая психиатрия» можно на официальном сайте по адресу www.mosreligpsych2017.ru.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Фаворина В.Н. К клинике и психопатологии онейроидной кататонии. *Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова*. 1956;12:942–948.
- 2 Smith T.B., McCullough M.E., Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol. Bull.* 2003;129:614–636. Доступно по: <https://pdfs.semanticscholar.org/e382/0fc9d73ddd541ef1ebe1e5cd6f20927bc4b6.pdf>. Ссылка активна на: 22.06.2017.
- Favorina V.H. K klinike i psihopatologii onejroidnoi katatonii. *Zh. nevropatol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova*. 1956;12:942–948.
- Smith T.B., McCullough M.E., Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol. Bull.* 2003;129:614–636. Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/e382/0fc9d73ddd541ef1ebe1e5cd6f20927bc4b6.pdf>. Accessed: 22.06.2017.

Гедевани Екатерина Владимировна — кандидат медицинских наук, научный сотрудник отдела эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, РФ
E-mail: gdevvani@hotmail.com

Gedevani Ekaterina — PhD, MD, research officer in Department of endogenous mental disorders and affective states of FSBSI MHRC, Moscow, RF
E-mail: gdevvani@hotmail.com

**Всероссийская научно-практическая конференция
с международным участием «Школа В.М. Бехтерева:
от истоков до современности»,
18–19 мая 2017 г., Санкт-Петербург**

**All-Russian scientific and practical conference with international
participation «V.M. Bechterev' school – from the beginnings to the
present», 18–19 May 2017, Saint-Petersburg**

Солохина Т.А., Михайлова Н.М.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ

Solochina T.A., Mikhaylova N.M.
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, RF



88

2017 г. отмечен знаменательными событиями в области нейронаук. В этом году исполняется 160 лет со дня рождения **Владимира Михайловича Бехтерева**, выдающегося российского ученого, внесшего неоценимый вклад в развитие отечественной и мировой неврологии, психиатрии, нейрохирургии, нейроморфологии, нейрофизиологии, клинической и социальной психологии.

110 лет назад, в 1907 г. в Санкт-Петербурге академиком В.М. Бехтеревым был учрежден Психоневрологический институт, призванный воплотить мечту выдающегося ученого о всестороннем изучении мозга человека. Это был первый в России научно-исследовательский институт подобного профиля, в котором открылась первая в нашей стране нейрохирургическая клиника, первый институт по изучению алкоголизма и первая лаборатория медицинской психологии. С 1925 г. институт носит имя своего создателя. В настоящее время Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева Министерства здравоохранения Российской Федерации — одно из ведущих медицинских учреждений страны, исследовательский и учебный центр Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), который претворяет на практике идеи В.М. Бехтерева о синтезе биологической, психологической и социальной сущности человека.

В ознаменование этих важных дат 18–19 мая 2017 г. в Санкт-Петербурге на базе института им. В.М. Бехтерева прошла Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности». Организаторами юбилейной конференции выступили Министерство здравоохранения Российской Федерации, Министерство здравоохранения Республики Татарстан, Российская академия наук, Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, Российское общество психиатров, Всероссийское общество неврологов, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологиче-

ский институт им. В.М. Бехтерева, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева Российской академии наук, Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, Казанская государственная медицинская академия, Казанский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева.

С приветствиями к участникам при открытии международной конференции обратились директор Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева, председатель правления Российского общества психиатров, президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии профессор **Н.Г. Незнанов**, профессор, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, научный руководитель ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» **А.С. Тиганов**, д.м.н., профессор, заместитель директора по научной и лечебной работе, заведующий отделением эндогенных расстройств НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН **А.В. Семке**, д.п.н., профессор, президент Немецкой академии психоанализа, генеральный секретарь Всемирной ассоциации динамической психиатрии, руководитель клиники динамической психиатрии Ментершвайге, Берлин/Мюнхен, **М. Амон** и др. Выступавшие с большой теплотой и огромным уважением говорили об уникальном ученом, враче, человеке, наследие и школа которого оказали огромное влияние на дальнейшее развитие отечественной медицины, отмечали вклад В.М. Бехтерева в развитие науки и высшей школы. Почтить память В.М. Бехтерева, проанализировать его творческое наследие, подвести итоги своей деятельности, обсудить актуальные проблемы психиатрии, психотерапии, психологии и наметить дальнейшие пути их решения собрались более 300 ученых, психиатров, неврологов, психотерапевтов, психологов и нарколо-

которые формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения). Особое внимание уделено структуре клинических рекомендаций, которые должны содержать основанную на доказательном клиническом опыте информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, включая описание моделей пользователей, последовательности действий медицинского работника, схемы диагностики и лечения в зависимости от течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты лечения; рейтинговые схемы для оценки силы рекомендаций. В докладе дано определение понятию «стандарты медицинской помощи», что является медико-экономическими нормативными документами, применяемыми при формировании тарифов на медицинскую помощь и способов ее оплаты. Стандарты медицинской помощи разрабатываются на основе клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Докладчик также представила документы, регулирующие направления формирования и расходования государственных средств по разделу «Здравоохранение» на федеральном уровне в 2017 г. К ним относятся «Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на 2017–2019 гг.», Федеральный закон от 19.12.2016 №415 ФЗ «О федеральном бюджете на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг.», Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 №294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"», Федеральный закон от 19.12.2016 №418 ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг.», Постановление Правительства РФ

от 19.12.2016 №1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг.». В соответствии с этими документами, финансовое обеспечение медицинской помощи в части психических расстройств и расстройств поведения осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, в том числе в рамках территориальной (сверхбазовой) программы обязательного медицинского страхования.

В докладе профессора **О.И. Боева** были освещены стратегии формирования профилактики суицидального поведения и контроля за показателями суицидальной активности населения Ставропольского края. Профессор **К.С. Алтынбеков** представил динамику основных показателей больных шизофренией при внедрении новых технологий в организацию лекарственного обеспечения в Республике Казахстан в 2010–2014 гг., рассказал о проблемах психиатрической службы и путях их преодоления. Основные аспекты психиатрической помощи в Латвии были представлены в докладе **Л.Ю. Ренемане** и **Д. Шамбуркис**.

Всероссийская конференция с международным участием, посвященная столь знаменательным датам — 160-летию со дня рождения В.М. Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, стала знаковым событием в отечественном здравоохранении. Представленные на конференции темы, состав докладчиков из числа ведущих российских ученых и практиков обеспечили огромный интерес к ней, продемонстрировали достижения российской науки и практики в области психиатрии, неврологии, наркологии, психотерапии и психологии, истоки которых во многом были заложены Владимиром Михайловичем Бехтеревым.

Солохина Татьяна Александровна — доктор медицинских наук, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ

E-mail: tsolokhina@live.ru

Михайлова Наталья Михайловна — доктор медицинских наук, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ

E-mail: mikhaylovanm@yandex.ru

Solokhina Tatyana — PhD, MD, FSBSI MHRC, Moscow, RF

E-mail: tsolokhina@live.ru

Mikhaylova Natalya — PhD, MD, FSBSI MHRC, Moscow, RF

E-mail: mikhaylovanm@yandex.ru