

Нарушения когнитивного контроля у пациентов с соматоформными расстройствами и их лечение

Л.С. ЧУТКО^{1*}, С.Ю. СУРУШКИНА¹, Е.А. ЯКОВЕНКО¹, Т.И. АНИСИМОВА¹, Е.Б. КАРПОВСКАЯ², В.В. ВАСИЛЕНКО², М.Д. ДИДУР¹, М.Б. ВОЛОВ¹

¹Институт мозга человека им. Н.П.Бехтерева Российской академии наук, Санкт-Петербург, Россия; ²Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Изучение нарушений когнитивного контроля у пациентов с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы (соматоформное расстройство — СФР) и оценка эффективности применения препарата Рекогнан в лечении данной патологии. **Материал и методы.** Наблюдали 46 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет, страдающих СФР. У всех пациентов проводили сбор клинического анамнеза, неврологическое обследование, оценку вегетативных нарушений. Для объективизации степени выраженности астенических и эмоциональных расстройств использовали Субъективную шкалу оценки астении (MFI-20), шкалу Гамильтона для оценки тревоги (HARS), опросник когнитивной регуляции эмоций (Cognitive emotion regulation questionnaire, CERQ). Количественную оценку нарушений внимания и импульсивности проводили с помощью психофизиологического теста TOVA. Для лечения пациентов из исследуемой группы был использован препарат рекогнан (цитиколин). Контрольную группу составили 30 практически здоровых людей в возрасте от 18 до 45 лет. **Результаты.** Установлено, что пациенты с СФР характеризуются особенностями когнитивной сферы, больше всего выраженными в виде нарушений внимания. Психологическое исследование показало повышенный уровень тревожности. Кроме этого, пациенты с СФР отличались низким уровнем когнитивного контроля эмоций по сравнению с контрольной группой. Результаты контрольного исследования после курса лечения позволяют утверждать, что применение рекогнана в лечении СФР характеризуется высокой эффективностью (улучшение отмечено у 67,4% пациентов). После курса лечения установлены достоверное снижение выраженности вегетативных нарушений и снижение показателей, характеризующих астению.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, когнитивный контроль, рекогнан.

Impairments of cognitive control in patients with somatoform disorders and their treatment

L.S. CHUTKO, S.YU. SURUSHKINA, E.A. YAKOVENKO, T.I. ANISIMOVA, E.B. KARPOVSKAYA, V.V. VASILENKO, M.D. DIDUR, M.B. VOLOV

N. Bekhtereva Institute of Human Brain Russian Academy of Sciences, St.-Petersburg, Russia; St. Petersburg State Pediatric Medical University, of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, St.-Petersburg, Russia

Objective. To study impairments of cognitive control in patients with somatoform disorders (SD) and to evaluate the efficacy of recognan in the treatment of this pathology. **Materials and methods.** Forty-six patients with SD, aged from 18 to 45 years, were studied. A clinical history, neurological examination, and assessment of autonomic disorders were collected from all patients. For the objectification of the severity of asthenic and emotional disorders, the Subjective Scale of Asthenia (MFI-20), the Hamilton Anxiety Scale (HARS), the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) were used. A quantitative assessment of impaired attention and impulsivity was performed using the psychophysiological test TOVA. Patients were treated with recognan (citicolin). The control group consisted of 30 healthy people aged from 18 to 45 years. **Results and conclusion.** Patients with SD had specific characteristics of the cognitive sphere, most pronounced in the form of attention disorders. The psychological study showed the higher level of anxiety. In addition, patients with SD were characterized by the low levels of emotional intelligence and cognitive control of emotions compared with the control group. The results of the follow-up study after treatment suggest the high efficacy of recognan in the treatment of SD (improvement was noted in 67.4% of patients). A significant decrease in the severity of autonomic disorders and in indicators characterizing asthenia was established after the treatment.

Keywords: somatoform disorders, cognitive control, recognan.

Психовегетативные расстройства являются одной из актуальных проблем, представляющих интерес как для неврологов и психиатров, так и для терапевтов. В нашей стране это заболевание традиционно рассматривается в свете синдрома вегетативной дисфункции (нейроциркуляторной или вегетососудистой дистонии). А.М. Вейн [1] рассматривал психовегетативный синдром как полисистемные расстройства, возникшие в результате нарушения деятельности надсегментарных вегетативных структур, и считал, что психовегетативный синдром — наиболее рас-

пространенная форма синдрома вегетативной дистонии, представляет собой сочетание психических расстройств с вегетативными нарушениями как постоянного, так и пароксизмального характера.

В соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10) для обозначения данной патологии наиболее часто используется термин «соматоформные расстройства» (СФР), под которыми понимают группу психогенных заболеваний, характеризующихся патологическими симптомами, напоминающими соматическое заболевание, но при

этом не обнаруживается никаких морфологических проявлений патологии, хотя часто имеются неспецифические функциональные нарушения. Кроме этого, в зарубежной литературе для обозначения подобных пациентов используется термин «Medically Unexplained Symptoms» («с медицинской точки зрения необъяснимые симптомы») [2—4]. В последнем пересмотре классификации Американской психиатрической ассоциации DSM-5 вместо термина СФР введен термин «расстройство соматической симптоматики» («somatic symptom disorder»).

Данное расстройство встречается в 5—7% общей популяции [5]. На приеме у врачей первичного звена эта патология регистрируется в 5—35% случаев [6, 7].

В МКБ-10 СФР объединены в одну большую группу с невротическими и связанными со стрессом дисфункциями. А. Mitscherlich [8] отмечал, что психосоматический симптом также является результатом использования незрелых форм психологической защиты. В его работах подчеркнута роль психогений в их развитии. Он представлял развитие психосоматического процесса в виде двух фаз. Первой фазой являлась попытка справиться с конфликтом при помощи исключительно психических средств на психосоциальном уровне. Если это не получалось, в действие вступала вторая фаза — процесс соматизации.

Некоторые исследователи рассматривают СФР в рамках аффективных нарушений. Так, F. Alexander [9] подчеркивал, что причиной соматизации является невозможность проявления эмоций. Он выделил промежуточное между специфическим эмоциональным конфликтом и соматическими нарушениями звено — патофизиологические (врожденные или приобретенные) нарушения, которые, с одной стороны, провоцируются и поддерживаются неразрешенными внутриличностными конфликтами, а с другой — могут приводить к изменениям во внутренних органах.

А.Б. Холмогоровой [10] была предложена многофакторная психосоциальная модель, согласно которой СФР отнесены к расстройствам аффективного спектра и выделены четыре уровня анализа. Первый уровень — макросоциальный, к нему относятся особенности современной культуры, способствующие развитию изучаемых расстройств, — требования сдержанности, рациональности, успеха и благополучия, предъявляемые к члену общества. Второй уровень — семейный, к нему относятся дисфункции семейной системы с высоким уровнем семейных требований, предъявляемых к ребенку, запретом на проявление негативных чувств, травматическим детским опытом. Третий уровень — личностный, указывающий на ряд личностных черт и особенностей, присущих пациентам с изучаемыми расстройствами. Так, пациентам с соматоформной дисфункцией присущи перфекционизм, враждебность, высокий уровень запрета на явное выражение чувств и др. Наконец, последний уровень этой модели — интерперсональный, включающий в себя в первую очередь факторы межличностного общения, снижение уровня социальной поддержки, дефицит социальных навыков, неспособность к кооперации, деструктивные стратегии межличностных отношений. А.Б. Холмогоровой было показано, что связь соматизации и тревоги у больных СФР опосредована негативными аффектами (депрессией и тревогой).

Особое внимание привлекает вопрос о когнитивных аспектах СФР. В соответствующих когнитивных моделях делается акцент на процессах восприятия и переработки информации. В связи с этим важное значение придается ис-

следованию субъективной атрибуции болезни (внутренней картины), так как каждый пациент может иметь свои собственные представления о том, чем вызвано его заболевание; эти представления неизбежно отражаются на его дальнейшем поведении и способах реагирования на болезнь. А. Barsky и J. Bogus [11] считают, что излишне внимательное отношение больных к своим телесным ощущениям увеличивает количество субъективно значимых симптомов, повышает ипохондрическое восприятие своего здоровья, и заставляет пациента еще внимательней относиться к своему телу. В связи с этим авторы используют термин «соматосенсорная амплификация», которая рассматривается как нарушение восприятия и когнитивных процессов, с одной стороны, а с другой — отмечается склонность ошибочно интерпретировать собственные ощущения, используя их как доказательства соматического заболевания.

W. Rief и A. Barsky [12] в рамках теории перцептивных фильтров говорят о том, что прежде чем информация о телесных сигналах будет воспринята человеком, она проходит «систему фильтров». Проходимость фильтра зависит от объективного состояния здоровья пациента, избирательности внимания, уровня тревоги, депрессии. На фоне повышенного уровня тревоги пациент больше обращает внимание на поступающие от тела сигналы.

В исследованиях L. Brown и соавт. (2014), M. Walentynowicz и соавт. (2017) показано, что у пациентов с подобной патологией выявляются различные нарушения памяти [13, 14].

J. Koelen и соавт. [15], M. Kano и соавт. [16] подчеркивают большую роль алекситимии в возникновении СФР. В связи с этим, необходимо отметить затруднения у пациентов с СФР, возникающие в процессе идентификации эмоций, а также при запоминании и распознавании эмоционально окрашенной информации [17].

Особое внимание в патогенезе СФР уделяется нарушениям эмоциональной регуляции [18—20]. В связи с этим большое значение приобретают вопросы, связанные с когнитивным контролем эмоций. Когнитивный контроль, рассматриваемый как «способность к когнитивному анализу, предвосхищению и планированию деятельности», является одним из трех компонентов контроля поведения наряду с «контролем действий» (или контролем поведенческих проявлений) и «контролем эмоций» (или эмоциональной регуляцией) [21, 22]. Одной из составляющих когнитивного контроля является когнитивная регуляция эмоций — это регуляция эмоций посредством когниций, позволяющая человеку удерживать контроль над своими эмоциями под воздействием, а также после угрозы или стрессовых ситуаций [23—25]. Согласно процессуальной модели эмоциональной регуляции, процесс контроля выглядит как последовательность серии следующих процессов — выбор ситуации, модификация ситуации, мобилизация внимания (отвлечение, концентрация, руминация), когнитивные изменения и модуляция реагирования. J. Gross [23], N. Garnefski и соавт. [24] выделили 9 основных когнитивных стратегий регуляции эмоций, которые могут быть отнесены к двум разным категориям: способствующие успешной адаптации (или «эффективные») стратегии, такие как 1) принятие того, что случилось; 2) позитивная перефокусировка; 3) фокусирование на планировании; 4) позитивная переоценка; 5) рассмотрение в перспективе; и препятствующие адаптации и усиливающие дезадаптационные эффекты (или «деструктивные») стратегии, к которым относятся следующие: 6) самообвинение, 7) руми-

нации — навязчивые мысли о событии; 8) катастрофизация; 9) обвинение других. По данным S. Banks и соавт. [26], когнитивный контроль эмоций и поведения обеспечивается функциональным взаимодействием нейронных сетей префронтальной коры и миндалины.

Цель настоящего исследования — изучение нарушений когнитивного контроля у пациентов с СФР и оценка эффективности применения препарата Рекогнан в лечении данной патологии.

Материал и методы

Под наблюдением находились 46 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет, страдающих СФР (соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы — рубрика МКБ-10: F45.3). В группе преобладали пациенты женского пола (36 человек). Средний возраст больных был $32,3 \pm 5,9$ года.

Критериями исключения являлось наличие в анамнезе депрессивных эпизодов, биполярного расстройства, шизофрении и шизотипического расстройства, алкоголизма, органических заболеваний нервной системы, хронических соматических заболеваний в стадии обострения, злокачественных новообразований любой локализации, беременности и грудного вскармливания.

У всех пациентов проводили сбор клинического анамнеза, неврологическое обследование, оценку вегетативных нарушений с помощью «Опросника для выявления признаков вегетативных нарушений» А.М. Вейна, оценку утомляемости с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ, 10-балльный вариант). Уровень тревожности определяли по шкале Гамильтона для оценки тревоги (HARS).

Для оценки когнитивной регуляции эмоций был использован опросник когнитивной регуляции эмоций (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, CERQ), разработанный N. Garfesi и соавт. [24, 25], в переводе Е.И. Расказовой и соавт.

Количественную оценку нарушений внимания и импульсивности проводили с помощью психофизиологического теста TOVA (The Test of Variables of Attention) — теста непрерывной деятельности, представляющего собой вариант теста GO/NOGO, позволяющего оценить количество пропусков значимых стимулов (ошибки невнимательности) и количество ложных нажатий (ошибки импульсивности) по отношению к нормативным данным.

Для лечения пациентов из исследуемой группы был использован препарат Рекогнан (цитиколин) в виде раствора для внутреннего применения в дозе 10 мл (по 10 мл препарата в пакетики) — 1 раз в день в течение 30 сут. Цитиколин является нормальным клеточным метаболитом и промежуточной субстанцией синтеза фосфатидилхолина, обладает антиоксидантными и мембраностабилизирующими свойствами, нормализует энергетический облик митохондрий и влияет на восстановление функционирования К-Na-АТФазы. Являясь источником холина, он участвует в синтезе нейромедиатора ацетилхолина, стимулируя активность тирозингидроксилазы и секрецию дофамина [27]. О.А. Шавловская и соавт. [28] и В.В. Машин и соавт. [29] показали, что применение препарата Рекогнан у больных с цереброваскулярной патологией способствует не только снижению выраженности когнитивных дисфункций, но, что особенно важно в контексте проводимого нами исследования, положительно влияет на состояние эмоциональной сферы в виде снижения уровня депрессии.

Другой терапии пациенты из исследуемой группы не получали. Первичную оценку эффективности и безопасности проводили по окончании курса лечения (30-е сутки \pm 3 дня). На данном этапе оценивали клинические изменения и побочные эффекты. Контрольное исследование для анализа эффективности проведенной терапии проводили через 1 мес после завершения курса лечения (60-е сутки \pm 3 дня). На этом этапе осуществляли оценку как клинических изменений и побочных эффектов, так и повторные психологические и психофизиологические исследования.

Контрольную группу составили 30 практически здоровых человек в возрасте от 18 до 45 лет.

Статистический анализ проводили с применением программного пакета Statistica 6.0 for Windows следующими методами: проверка гипотез о различии между групповыми средними арифметическими значениями с помощью двусторонних *t*-тестов Стьюдента для независимых либо зависимых выборок; проверка гипотезы об эффекте лечения по динамике клинических показателей с помощью парного критерия Вилкоксона (критерий для парных наблюдений).

Результаты

Все обследованные предъявляли различные жалобы на состояние своего здоровья и имели признаки соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы.

Ведущими жалобами в исследуемой группе явились: головокружение несистемного характера у 32 (69,5%) пациентов, чувство нехватки воздуха у 28 (60,9%), головные боли у 25 (54,3%), гипотимия у 23 (50%), обмороки у 8 (17,4%). Показатель вегетативных нарушений (по опроснику А.М. Вейна) оказался значительно выше, чем в контрольной группе (**табл. 1**).

У 36 (78,2%) пациентов в исследуемой группе отмечены жалобы на утомляемость, общую слабость, истощаемость, вялость, дневную сонливость. Необходимо заметить, что показатели утомляемости по ВАШ в исследуемой группе оказались значительно выше, чем в контрольной группе (**см. табл. 1**).

Жалобы на нарушения внимания предъявляли 30 (78,3%) пациентов, на нарушения памяти — 11 (23,9%).

Пациенты с СФР характеризовались клинически выраженным уровнем тревоги по сравнению со здоровыми людьми (**см. табл. 1**). При оценке когнитивной регуляции эмоций выявлено, что показатели «руминация» и «катастрофизация» в исследуемой группе оказались значимо выше по сравнению со здоровыми лицами. При этом у пациентов с СФР обнаружены достоверно меньшие показатели по шкалам «принятие», «перефокусировка», «фокусирование на планировании», «рассмотрение в перспективе» (**табл. 2**).

Психофизиологическое исследование TOVA показало, что у пациентов в исследуемой группе выявляются достоверное повышение показателей невнимательности и выраженное повышение показателей импульсивности (**см. рисунок**).

Оценка результатов лечения свидетельствует о том, что значимое улучшение состояния в виде уменьшения проявлений вегетативной дисфункции после курса рекогнана зарегистрировалось у 31 (67,4%) пациента. Положительная динамика отсутствовала у 15 (32,6%) пациентов. Необходимо отметить, что нежелательные побочные действия и побочные эффекты в исследуемой группе не отмечены.

Количественная диагностика состояния пациентов позволила зарегистрировать достоверное уменьшение выра-

Таблица 1. Динамика клинико-психологических показателей у пациентов с СФР в ходе лечения рекоганом
Table 1. The dynamics of clinical and psychological indicators in patients with SD during the treatment of Recognan

Показатель	До лечения	После курса лечения (день 30±3)	Через 1 мес после	
			окончания терапии (60-й день ±3)	Контрольная группа
Вегетативные нарушения, баллы	30,9±7,6 [#]	24,5±9,3*	16,2±7,1**	8,3±2,2
Утомляемость (ВАШ), баллы	6,7±2,8 [#]	4,4±2,9*	3,5±1,4**	2,9±1,9
Шкала Гамильтона для оценки тревоги (общий балл)	24,6±8,5 [#]		16,3±7,2*	7,1±4,4

Примечание. * $p < 0,05$ — достоверность различий по сравнению с контрольной группой; ** $p < 0,01$ — достоверность различий по сравнению с контрольной группой; # $p < 0,05$ — достоверность различий по сравнению с соответствующим показателем до лечения; ** $p < 0,01$ — достоверность различий по сравнению с соответствующим показателем до лечения.

Note. * $p < 0,05$ — significance of differences compared with the control group; ** $p < 0,01$ — significance of differences compared with the control group; # $p < 0,05$ — the significance of differences compared with the corresponding value before treatment; ** $p < 0,01$ — significance of differences compared with the corresponding value before treatment.

Таблица 2. Динамика показателей (в баллах) когнитивной регуляции эмоций (CERQ) у пациентов с СФР в ходе лечения рекоганом
Table 2. Dynamics of indicators of cognitive regulation of emotions (CERQ) in patients with SD during the treatment of Recognan

Шкалы опросника	До лечения (день 0)	После лечения (60-й день ±3)	Контрольная группа
Самообвинение	11,05±4,32	10,92±4,66	10,51±3,23
Принятие	8,73±2,43 [#]	9,67±3,81	12,98±3,57
Руминации	14,01±4,49 [#]	11,35±4,63*	8,46±2,67
Позитивная перефокусировка	8,03±2,52 [#]	10,61±2,44*	13,20±4,72
Фокусирование на планировании	9,14±3,32 [#]	12,43±3,85*	13,81±4,01
Позитивная переоценка	8,51±3,16 [#]	11,75±4,82*	12,56±4,67
Рассмотрение в перспективе	7,27±2,69 [#]	9,83±3,09*	11,12±3,71
Катастрофизация	13,8±4,21 [#]	10,71±4,52*	8,43±2,92
Обвинение других	10,06±3,89	9,72±4,63	9,56±4,24

Примечание. * $p < 0,05$ — достоверность различий по сравнению с контрольной группой; ** $p < 0,01$ — достоверность различий по сравнению с контрольной группой; # $p < 0,05$ — достоверность различий по сравнению с соответствующим показателем до лечения.

Note. * $p < 0,05$ — significance of differences compared with the control group; ** $p < 0,01$ — significance of differences compared with the control group; # $p < 0,05$ — the significance of differences compared with the corresponding value before treatment.

женности комплексного балла оценки тяжести вегетативных нарушений (см. табл. 1). Кроме этого, после окончания терапии регистрировали выраженное снижение утомляемости по шкале ВАШ. При этом следует отметить положительную динамику данных показателей на 60-е сутки. Также при повторном исследовании зарегистрировано достоверное уменьшение показателей тревоги (см. табл. 1).

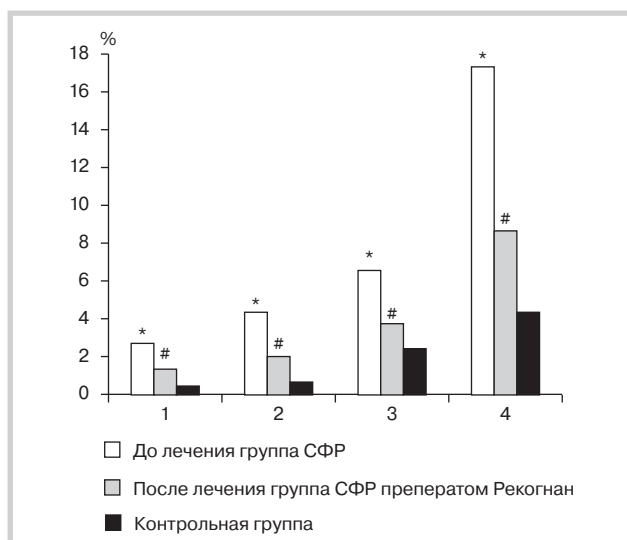
При повторной оценке когнитивной регуляции эмоций определено достоверное уменьшение показателей по шкалам «руминация» и «катастрофизация», а также повышение показателя по шкалам «фокусирование на планировании», «позитивная перефокусировка», «рассмотрение в перспективе», «позитивная переоценка» (см. табл. 2).

Повторное психофизиологическое исследование после курса лечения выявило статистически достоверное снижение показателей невнимательности и снижение количества ложных тревог, отражающих импульсивность (см. рисунок, табл. 3).

Обсуждение

Результаты проведенного нами исследования показали, что пациенты с СФР характеризуются особенностями когнитивной сферы, больше всего отраженными в виде нарушений внимания. Частые клинические жалобы на снижение внимания были объективизированы с помощью психофизиологического исследования. Следует отметить высокий уровень импульсивности в исследуемой группе.

Психологическое исследование показало повышенный уровень тревожности. Наряду с этим выявлено, что у пациентов с СФР существенно снижены оценки по шка-



Показатели психофизиологического теста TOVA у пациентов с СФР до и после лечения препаратом Рекоган.

По горизонтали: 1 — ошибки невнимательности, первая половина теста; 2 — ошибки невнимательности, вторая половина теста; 3 — ошибки импульсивности, первая половина теста; 4 — ошибки импульсивности, вторая половина теста; по вертикали — количество ошибок в %; * — $p < 0,05$ — достоверность различия по сравнению с контрольной группой; # — $p < 0,05$ — достоверность различия по сравнению с показателями до лечения).

Means of the psychophysiological test TOVA in patients with somatoform disorders before and after treatment with Rekognan.

Horizontally: 1 — Omission errors first half of test; 2 — Omission errors second half of test; 3 — Commission errors first half of test; 4 — Commission errors second half of test; in vertical direction — means of errors in %; * — $p < 0,05$ compared with the control group; # — $p < 0,05$, compared with before treatment).

Таблица 3. Показатели психофизиологического исследования TOVA у пациентов с СФР до и после лечения препаратом рекогнан
Table 3. Means of the psychophysiological test TOVA in patients with somatoform disorders before and after treatment with Rekognan

Показатель	Пациенты с СФР до лечения (день 0)	Пациенты с СФР после лечения (60-й день ±3)	Контрольная группа
Пропуски значимых стимулов, %			
первая половина теста	3,3±1,8*	1,6±0,7#	0,6±0,5
вторая половина теста	4,8±2,4*	2,3±0,8#	0,7±0,3
Ложная тревога, %			
первая половина теста	7,1±3,9*	4,1±2,9#	2,7±1,9
вторая половина теста	17,9±6,7*	9,1±4,4#	4,5±2,8

Примечание. * $p < 0,05$ — достоверность различия по сравнению с контрольной группой; # $p < 0,05$ — достоверность различия по сравнению с показателями до лечения.

Note. * $p < 0.05$, the significance of differences compared with the control group; # $p < 0.05$, the significance of differences compared with before treatment value.

лам, соответствующим эффективным стратегиям регуляции эмоций. Таким образом, пациенты с СФР отличаются низким уровнем когнитивного контроля эмоций.

Наличие когнитивных нарушений у пациентов с СФР позволило нам предположить возможность применения нейротропных препаратов для их лечения. В работе С.А. Немковой и соавт. [30] было установлено, что применение рекогнана способствовало коррекции не только когнитивных и астенических, но и эмоциональных и вегетативных нарушений, а также повышению стрессоустойчивости.

Результаты проведенного нами исследования позволяют утверждать, что применение рекогнана в лечении СФР характеризуется высокой эффективностью. На фоне использования этого препарата установлено достоверное снижение выраженности вегетативных нарушений, а также показателей, характеризующих астению. Следует обратить внимание на позитивную динамику клинических показателей к 60-му дню исследования, т.е. полученный позитивный эффект не исчезает, а наоборот, развивается. Данные изменения можно объяснить влиянием рекогнана на нейропластичность. Позитивное влияние цитиколина

на нейропластичность было отмечено раньше в работе Р. Garegi и соавт. [31].

Немаловажно то, что применение рекогнана не сопровождается нежелательными побочными эффектами и осложнениями.

Результаты психофизиологического исследования показали, что после курса лечения отмечается улучшение показателей внимания и уменьшение импульсивности. При контрольном обследовании выявлено улучшение показателей, отражающих когнитивный контроль эмоциональной сферы. По нашему мнению, именно это позволило существенно уменьшить клинические проявления вегетативной дисфункции и снизить проявления тревоги.

В целом результаты проведенного исследования доказали значимость нарушений когнитивного контроля у пациентов с СФР и показали возможность эффективного использования препарата Рекогнан в лечении данной патологии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. *Заболевания вегетативной нервной системы*. М. 1991. [Veyn AM, Voznesenskaya TG, Golubev VL. *Zabolevaniya vegetativnoy nervnoy sistemy*. М. 1991. (In Russ.)].
2. Morton L, Elliott A, Cleland J, Deary V, Burton C. A taxonomy of explanations in a general practitioner clinic for patients with persistent «medically unexplained» psychical symptoms. *Patient Educ Counsel*. 2017;100:224-230. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.08.015>
3. Pohontsch NJ, Zimmermann T, Jonas C, Lehmann M, Löwe B, Scherer M. Coding of medically unexplained symptoms and somatoform disorders by general practitioners — an exploratory focus group study. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):129. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0812-8>
4. Van Driel TJW, Hilderink PH, Hanssen DJC, De Boer P, Rosmalen JGM, Oude Voshaar RC. Assessment of somatization and medically unexplained symptoms in later life. *Assessment*. 2018;25:374-393. <https://doi.org/10.1177/1073191117721740>
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
6. Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*. 2011;52:263-271. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2011.01.007>
7. Haller H, Cramer H, Lauche R. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112:279-287. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0279>
8. Mitscherlich A. The mechanism of bi-phasic defense in psychosomatic diseases. *Int J Psychoanal*. 1968;49:236-240.
9. Alexander F. *Psychosomatic Medicine. Its principles and applications*. London. 1952.
10. Холмогорова А.Б. *Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра*. М.: Медпрактика-М; 2011. [Kholmogorova AB. *Integrativnaya psikhoterapiya rasstroiv affektivnogo spektra*. М.: Medpraktika-M; 2011. (In Russ.)].
11. Barsky AJ, Borus JF. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA*. 1995;274:1931-1934. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03530240041038>
12. Rief W, Barsky AJ. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*. 2005;30(10):996-1002. <https://doi.org/10.1016/j.psneuen.2005.03.018>
13. Brown LB, Nicholson TR, Aybek S, Kanaan RA, David AS. Neuropsychological function and memory suppression in conversion disorder. *J Neuro-psychol*. 2014;8(2):171-185. <https://doi.org/10.1111/jnp.12017>
14. Walentynowicz M, Raes F, Van Diest I, Van den Bergh O. The Specificity of Health-Related Autobiographical Memories in Patients With Somatic Symptom Disorder. *Psychosom Med*. 2017;79(1):43-49. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000357>
15. Koelen JA, Eurelings-Bontekoe LH, Kempke S. Cognitive Alexithymia Mediates the Association Between Avoidant Attachment and Interpersonal Problems in Patients With Somatoform Disorder. *J Psychol*. 2016;150(6):725-742. <https://doi.org/10.1080/00223980.2016.1175997>
16. Kano M, Endo Y, Fukudo S. Association Between Alexithymia and Functional Gastrointestinal Disorders. *Front Psychol*. 2018;9:599. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00599>
17. Vermeulen N, Luminet O. Alexithymia factors and memory performances for neutral and emotional words. *Personality and Individual Differences*. 2009;47(4):305-309. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.03.018>

18. Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. *Int Rev Psychiatry*. 2006;18(1):13-24. <https://doi.org/10.1080/09540260500466774>
19. van Dijke A, Ford JD. Adult attachment and emotion dysregulation in borderline personality and somatoform disorders. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2015;2:6. <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0026-9>
20. Del Río-Casanova L, González-Vázquez AI, Justo A, Andrade V, Páramo M, Brenlla J, Blanco-Portas A. The role of emotion dysregulation in Conversion Disorder. *Actas Esp Psiquiatr*. 2018;46(3):92-103.
21. Алексеев А.А., Рупчев Г.Е. Понятие об исполнительных функциях в психологических исследованиях: перспективы и противоречия. *Психологические исследования: электронный научный журнал*. 2010;4(12). Ссылка активна на 27.06.18. [Aleksseev AA, Rupchev GE. Poniatie ob ispolnitel'nykh funktsiyakh v psikhologicheskikh issledovaniyakh: perspektivy i protivorechiya. *Psikhologicheskie Issledovaniya: Elektron. Nauch. Zhurn*. 2010;4(12). (In Russ.)]. <http://psystudy.ru/0421000116/0036>
22. Зотов М.В. *Механизмы регуляции познавательной деятельности в условиях эмоционального стресса*. СПб.: Речь; 2012. [Zotov MV. *Mekhanizmy regulyatsii poznatel'noi deyatel'nosti v usloviyakh emocional'nogo stressa*. SPb.: Rech'; 2012. (In Russ.)].
23. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*. 2002;39:281-291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>
24. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 2001;30(8):1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
25. Garnefski N, Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cogn Emot*. 2018;32(7):1401-1408. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1232698>
26. Banks SJ, Eddy KT, Angstadt M, Nathan PJ, Phan KL. Amygdala-frontal connectivity during emotion regulation. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2007;2(4):303-312. <https://doi.org/10.1093/scan/nsm029>
27. Secades JJ. Citicoline: pharmacological and clinical review. *Rev Neurol*. 2016;63(3):1-73.
28. Шавловская О.А. Цитиколин: новые терапевтические возможности. *Лечащий врач*. 2014;10:29-33. [Shavlovskaya OA. Citicoline: new therapeutic possibilities. *Lechashchii Vrach*. 2014;10:29-33. (In Russ.)].
29. Машин В.В., Белова Л.А., Дудиков Е.М., Бергельсон Т.М., Ланков В.А., Закураева К.А. Эффективность препарата рекогнан у пациентов в остром периоде ишемического инсульта. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;10:44-48. [Mashin VV, Belova LA, Dudikov EM, Bergel'son TM, Lankov VA, Zakuraeva KA. Effektivnost' preparata rekognan u patsientov v ostrom periode ishemicheskogo insulta. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2017;10:44-48. (In Russ.)].
30. Немкова С.А., Семенов Д.В., Петрова Е.А., Савченко Д.В., Заваденко Н.Н., Возвышаева М.Ю., Канищева А.С., Раллева А.В., Логинова Е.М., Цветков Д.А., Чарикова Е.В., Романенко Н.И., Загарьян Д.А., Болдырев В.Г. Когнитивные и психоэмоциональные нарушения у учащихся и преподавателей вузов: возможности коррекции с помощью препарата рекогнан (цитиколин). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2018;12:11-18. [Nemkova SA, Semenov DV, Petrova EA, Savchenko DV, Zavadenko NN, Vozvyshaeva MYu, Kanishcheva AS, Ralleva AV, Loginova EM, Tsvetkov DA, Charikova EV, Romanenko NI, Zagar'yan DA, Boldyrev VG. Cognitive and emotional disorders in university students and teachers: the possibility of treatment with rekognan (citicoline). *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2018;12:11-18. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/jnevro20181181211>
31. Gareri P, Castagna A, Cotroneo AM, Putignano S, De Sarro G, Bruni AC. The role of citicoline in cognitive impairment: pharmacological characteristics, possible advantages, and doubts for an old drug with new perspectives. *Clin Interv Aging*. 2015;10:1421-1429. <https://doi.org/10.2147/cia.s87886>

Поступила 01.02.19

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Чутко Леонид Семенович — д.м.н., проф., заведующий лабораторией коррекции психического развития и адаптации и руководитель Центра поведенческой неврологии Института мозга человека им. Н.П. Бехтерева Российской академии наук, Санкт-Петербург, Россия; e-mail: chutko5@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1065-9859>

Сурушкина Светлана Юрьевна — к.м.н., врач-невролог, научный сотрудник Института мозга человека им. Н.П. Бехтерева Российской академии наук, Санкт-Петербург Россия; e-mail: su.svetlana@mail.ru

Яковенко Елена Александровна — к.биол.н., научный сотрудник Института мозга человека им. Н.П. Бехтерева Российской академии наук, Санкт-Петербург, Россия; e-mail: info@spbnevrolog.ru

Анисимова Татьяна Игоревна — медицинский психолог, младший научный сотрудник Института мозга человека им. Н.П. Бехтерева Российской академии наук, Санкт-Петербург, Россия; e-mail: info@spbnevrolog.ru

Дидур Михаил Дмитриевич — д.м.н., проф., директор Института мозга человека РАН им. Н.П. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия; e-mail: office@ihb.spb.ru

Волов Михаил Борисович — к.м.н., врач нейрохирург, заведующий амбулаторно-поликлиническим отделением Института мозга человека РАН им. Н.П. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия; e-mail: office@ihb.spb.ru

Василенко Владимир Станиславович — д.м.н., проф., заведующий кафедрой госпитальной терапии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия; e-mail: vasilenkovladi@yandex.ru

Карповская Екатерина Борисовна — к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия; e-mail: karpovskaya@yandex.ru

Chutko L.S. — Professor, Doctor of Medicine, Head of the Laboratory for the Correction of Mental Development and Adaptation and Head of the Center for Behavioral Neurology at the Institute of Human Brain Russian Academy of Sciences, St.-Petersburg, Russia; e-mail: chutko5@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1065-9859>

Surushkina S.Yu. — Neurologist, Candidate of Medical Sciences, Researcher, Institute of Human Brain Russian Academy of Sciences, St.-Petersburg, Russia; e-mail: su.svetlana@mail.ru

Yakovenko E.A. — Candidate of Biological Sciences, Researcher, Institute of Human Brain Russian Academy of Sciences, St.-Petersburg, Russia; e-mail: info@spbnevrolog.ru

Anisimova T.I. — Medical Psychologist, Junior Researcher, Institute of Human Brain Russian Academy of Sciences, St.-Petersburg, Russia; e-mail: info@spbnevrolog.ru

Didur M.D. — Doctor of Medicine, Professor, Director of the Institute of Human Brain Russian Academy of Science, St.-Petersburg, Russia; e-mail: office@ihb.spb.ru

Volov M.B. — Candidate of Medical Sciences, Neurosurgeon, Head of the Outpatient Clinic of the Institute of Human Brain Russian Academy of Sciences, St.-Petersburg, Russia; e-mail: office@ihb.spb.ru

Vasilenko V.S. — Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Hospital Therapy at the St. Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, St.-Petersburg, Russia; e-mail: vasilenkovladi@yandex.ru

Karpovskaya E.B. — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Hospital Therapy at the St. Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, St.-Petersburg, Russia; e-mail: karpovskaya@yandex.ru