

Функциональные когнитивные нарушения

© Л.С. ЧУТКО, С.Ю. СУРУШКИНА

ФГБУН «Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой» РАН, Санкт-Петербург, Россия

Резюме

Представлен обзор научных публикаций, посвященных изучению проблемы функциональных когнитивных нарушений (ФКН), которые являются одним из вариантов функциональных неврологических нарушений. Авторами приведены данные о частоте встречаемости этой патологии, отличия между понятиями ФКН и «субъективные когнитивные нарушения» (диссоциативные (конверсионные) расстройства — F44). Показаны традиционные взгляды на изучение данной патологии в рамках истерических расстройств. Рассмотрены современные представления о нарушениях обработки информации в качестве механизма развития ФКН. Особое внимание уделено роли нарушений управляющих функций в генезе ФКН. Приведены описания основных клинических проявлений ФКН. Рассмотрены основные принципы обследования пациентов с ФКН. В статье анализируются современные подходы к терапии ФКН, особое внимание уделено психотерапевтической коррекции при данной патологии.

Ключевые слова: функциональные когнитивные нарушения, субъективные когнитивные нарушения, функциональные неврологические расстройства, память, конверсионное расстройство, диссоциативное расстройство, управляющие функции, рекогнан, нейромексол.

Информация об авторах:

Чутко Л.С. — <https://orcid.org/0000-0002-1065-9859>

Сурушкина С.Ю. — <https://orcid.org/0000-0001-9510-7182>

Автор, ответственный за переписку: Чутко Л.С. — e-mail: chutko5@mail.ru

Как цитировать:

Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю. Функциональные когнитивные нарушения. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022;122(2):1–6. <https://doi.org/10.17116/jnevro20221220211>

Functional cognitive disorders

© L.S. CHUTKO, S.YU. SURUSHKINA

N. Bekhtereva Institute of Human Brain Russian Academy of Sciences, St. Petersburg, Russia

Abstract

The article provides an overview of scientific publications devoted to the study of the problem of functional cognitive disorders (FCD), which are one of the variants of functional neurological disorders (FND). The authors provide data on the frequency of occurrence of this pathology, the differences between the concepts of FCD and «subjective cognitive disorders» (dissociative (conversion) disorders — F44). The authors show the traditional views on the study of this pathology in the mainstream of hysterical disorders. The modern concepts of information processing disorders as a mechanism of FCD development are considered. Special attention is paid to the role of executive dysfunction in the genesis of FCD. The descriptions of the main clinical manifestations of FCD are given. The basic principles of diagnostic examination of patients with FCD are considered. The article presents modern approaches to the therapy of FCD, with special attention paid to psychotherapeutic correction in this pathology.

Keywords: functional cognitive disorders, subjective cognitive disorders, functional neurological disorders, memory, conversion disorder, dissociative disorder, executive functions, recogan, neuromexol.

Information about the authors:

Chutko L.S. — <https://orcid.org/0000-0002-1065-9859>

Surushkina S.Yu. — <https://orcid.org/0000-0001-9510-7182>

Corresponding author: Chutko L.S. — email: chutko5@mail.ru

To cite this article:

Chutko LS, Surushkina SYu. Functional cognitive disorders. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry = Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2022;122(2):1–6. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro20221220211>

Феноменология функциональных когнитивных нарушений

В последние десятилетия внимание исследователей привлекает факт наличия когнитивных симптомов у 5–32% относительно здоровых людей молодого возраста [1, 2]. Для обозначения субъективных жалоб на снижение внимания и памяти при отсутствии объективных признаков когнитивного дефицита используется термин «функциональные когнитивные нарушения» (ФКН) [3, 4]. Н. Ball и соавт. [5] назвали данную проблему «слепым пятном».

Во многих случаях при обращении к врачу с жалобами на когнитивные проблемы (в основном связанные с симптомами нарушения памяти) объективных доказательств наличия когнитивного расстройства не обнаруживается. Так, результаты исследования, проведенного в 30 специализированных центрах по лечению болезни Альцгеймера, показали, что в 1/2 случаев у обратившихся с подозрениями на деменцию когнитивные функции были в пределах возрастной нормы [6]. Согласно данным литературы, от 12 до 56% обращений в «клинику памяти» составляют пациенты с ФКН. Данные нарушения возникают чаще всего в среднем возрасте [7, 8].

Следует сказать о том, что в современной неврологии используется также термин «субъективные когнитивные нарушения», которые определяются как самостоятельно выявленное снижение когнитивных функций по отношению к изначальному уровню умственной работоспособности, при этом указанное снижение не может быть подтверждено данными нейропсихологического обследования [9]. ФКН отличается от субъективных когнитивных нарушений наличием значительного несоответствия между субъективным и объективным уровнями когнитивного функционирования. При ФКН отмечается более серьезная симптоматика, о которой сообщает сам пациент. При этом пациент не принимает уверения врача о том, что когнитивное функционирование не нарушено. Е. Edmonds и соавт. [10] показали, что субъективные когнитивные проявления в ряде случаев могут способствовать гипердиагностике более значимых когнитивных нарушений, поскольку когнитивно сохраненные люди склонны переоценивать когнитивные проблемы, в то время как пациенты с объективным дефицитом памяти часто недооценивают свои когнитивные проблемы. Согласно гипотезе L. McWhirter и соавт. [11], значительная часть лиц с субъективными когнитивными симптомами в клинической популяции имеют ФКН.

ФКН являются одним из вариантов функциональных неврологических нарушений (ФНР). Постановка диагноза «функциональное» строится на отсутствии признаков органического поражения, а также признании психогенной природы данного расстройства. Подобные нарушения не имеют в своей основе объективно регистрируемых поражений нервной системы. Также для обозначения подобных заболеваний используется термин «диссоциативные». При всех диссоциативных расстройствах состояние должно соответствовать двум общим диагностическим критериям: 1) состояние не может быть объяснено каким-либо соматическим заболеванием, которое сопровождается характерными для данного расстройства симптомами; 2) существует убедительная временная связь между диссоциативным расстройством и стрессогенными событиями, проблемами или потребностями [12]. Следует учитывать продолжительность данного расстройства как минимум в течение 6 мес. В МКБ-11 данная патология классифи-

цируется как «Диссоциативное расстройство с когнитивными симптомами» (6B80.5).

Патогенез ФКН

Объяснение патогенеза всех ФНР происходит вокруг вопроса о роли психогенных и органических факторов в происхождении данного заболевания. Традиционно подобные вопросы исследовались в русле изучения истерии. Еще в конце XIX века К. Вернике писал про «хроническое истерическое состояние, имитирующее психическую слабость» (цит. по [13]). З. Фрейд рассматривал диссоциацию как активный процесс психологической защиты, феномен вытеснения из сознания угрожающих или нежелательных содержательных элементов. Конверсионный механизм (от лат. *converto* — обращаю, поворачиваю), по Фрейду, заключается в процессе трансформации либидо в сенсорно-моторные симптомы [14]. Историк медицины I. Veith [15] писала, что истерия «адаптировала свои симптомы к идеям и моральным нормам каждого общества; при этом предрасположенность к истерии и ее основные характерные черты остались более или менее неизменными».

Истерический тип невротического конфликта, по В.Н. Мясищеву [16], характеризуется чрезмерно завышенными претензиями личности, которые сочетаются с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих (характерен для истерического невроза: «я хочу, хотя и не имею права»). А. Кемпински [17] называет «личной трагедией» ситуацию, когда истерическая личность не достигает цели своей жизни, т.е. внимания и одобрения со стороны окружающих. По его словам: «у истерической личности мы имеем дело с классическим принципом «порочного круга»: чем меньше одобрение окружающих, тем сильнее стремление завоевать его, что в свою очередь влияет отрицательно (вследствие нарастания истерических компонентов поведения) на симпатию окружающих».

Для развития истерических расстройств характерно наличие условной приятности или желательности болезненного симптома [18]. Личностные особенности пациентов с данной формой расстройств характеризуются незрелостью, инфантилизмом, демонстративностью и склонностью к гиперкомпенсаторному реагированию, фантазиям и амнезиям негативных аспектов своего бытия. В анамнезе у таких людей часто встречается развитие в детском возрасте в условиях семейного воспитания по типу «кумира семьи» и «потворствующей гиперпротекции», которые являются формами неполного эмоционального принятия родителями ребенка таким, какой он есть [19].

Следует отметить, что на современном этапе развития медико-биологических наук линия раздела между психогениями и повреждениями мозга органического характера становится зыбкой. Еще в 70-х годах прошлого века А. Ludwig [20] с позиции нейробиологической теории связывал истерию с дисфункцией внимания и кратковременной памяти из-за повышенного кортикофугального торможения афферентной стимуляции.

По мнению Г.М. Дюковой [21], важнейшую роль в развитии всех ФНР играет функциональный симптом, который представляет собой фиксированный произвольный патологический паттерн. Патологический паттерн — это определенный устойчивый физиологический феномен, имеющий свои истоки в отдаленном или ближайшем анамнезе. Авторы отмечают, что всегда первому появлению симпто-

ма сопутствует ситуация аффективной напряженности. Этот паттерн симптома возникает помимо воли пациента, независимо от его сознания и приобретает устойчивый характер [21].

Т. Теодоро и соавт. [2] считают, что существует единый для всех ФНР механизм нарушения обработки информации, который заключается в наличии «мнестического перфекционизма», т.е. стремлении к «превосходной, абсолютной памяти». Кроме этого, чрезмерное внимание направлено на совершение когнитивных ошибок. По мнению авторов, наблюдается переход от автоматического (или неявного) к контролируемому (или явному) режиму когнитивной обработки поступающей информации. Данный механизм также играет роль в возникновении когнитивных нарушений у пациентов с синдромом хронической усталости и фибромиалгией [2].

Еще в 80-х годах прошлого века М. Posner и соавт. [22] определили основные критерии отличия автоматических процессов от контролируемых:

- автоматические процессы носят непроизвольный характер, протекают без привлечения усилий и не требуют расходования дополнительных ресурсов;
- автоматические процессы не достигают уровня сознания;
- автоматические процессы не взаимодействуют с какой-либо текущей психической деятельностью и не нарушают ее.

Чем больше процессов нуждается в произвольном контроле, тем больше степень когнитивной нагрузки и энергоемкость и тем ниже возможная скорость переработки информации [23].

Т. Теодоро и соавт. [2], N. Poole и соавт. [13] пишут о значительной роли нарушений управляющих функций — совокупности способностей, необходимых для контроля и саморегуляции поведения и эмоций. В работах S. Pick и соавт. [24] показано, что при данном заболевании наблюдается нарушение нисходящей регуляции эмоций. Согласно модели К. Сисегоне и соавт. [25], в составе управляющих функций выделяют четыре сферы:

1) управляющие когнитивные функции, связанные с контролем и планированием, целенаправленностью деятельности;

2) функции поведенческой саморегуляции, связанные с эмоциональным подкреплением;

3) функции, регулирующие активацию, т.е. обеспечивающие инициативу и активацию поведения;

4) метакогнитивные процессы.

В связи с этим необходимо отметить гипотезу R. Bhome и соавт. [26], согласно которой в основе возникновения ФКН лежат расстройства метакогнитивных процессов, прежде всего, особенности контроля и осознания собственного мышления.

Клинические проявления ФКН

Типичные клинические проявления ФКН чаще всего фокусируются вокруг нарушений памяти и внимания. Данные симптомы сохраняются без прогрессирования длительное время [27]. Пациенты хорошо помнят дату появления первых симптомов и ситуации «провалов» в памяти. Больные с ФКН обычно приходят к врачу в одиночку и не могут привести с собой человека, подтверждающего наличие у них когнитивных нарушений [28]. Симптомом, характерным для таких пациентов, является наличие списка жалоб

и их подробное описание [29]. Они подробно рассказывают о врачах, у которых были ранее на приеме, и принимаемых ранее препаратах. В ходе беседы пациенты возвращаются к предыдущим ответам («как я уже сказал»). Л.П. Соколова [30] пишет, что для пациентов с ФКН характерны жалобы на невнимательность, трудности при сосредоточении (96%), быструю утомляемость (80%), сонливость днем, неясность в голове (80%). Несколько реже отмечались жалобы на снижение скорости мыслительных процессов, элементы замедленности, вязкости мышления (24%), способности быстро переключаться и менять цели (32%), снижение интереса, мотивации (44%), творческой активности (20%). При этом у всех пациентов с данной патологией определялся повышенный уровень как тревожности, так и депрессии. V. Bharambe и A. Larner [31] сообщают об относительно частых случаях деменции с поздним началом в семейном анамнезе пациентов с ФКН.

Пациенты с ФКН затрачивают большие когнитивные ресурсы в решении рутинных задач. Эта ситуация усугубляется катастрофическим мышлением пациентов с ФКН [2]. Симптомы ФКН могут вызвать у пациентов появление выраженного беспокойства, гнева, что в свою очередь увеличивает риск дальнейших когнитивных расстройств [32]. Данная ситуация приводит к усилению социальных и производственных проблем [33]. L. Morris и соавт. [34] отмечают трудности при принятии целенаправленных решений у пациентов с ФНР. Кроме этого, пациенты с ФНР чаще трактуют нейтральное выражение лица у других людей как агрессивное [24].

Зачастую когнитивные симптомы сочетаются с признаками других ФНР, хронической болью, синдромом хронической усталости. Так, большое количество публикаций свидетельствует о нарушениях памяти и внимания у пациентов с ФНР [35, 36]. В связи с этим следует упомянуть такое состояние, как «когнитивный туман» («cognitive fog») — комплекс жалоб, которые часто предъявляют пациенты с другими ФНР [37, 38]. О частом сочетании ФКН с эмоциональными нарушениями и расстройствами сна сообщают также R. Bhome и соавт. и K. Elhadd и соавт. [33, 39].

G. Berrios и соавт. [40] выделили две клинически подгруппы из 49 пациентов, которые посещали клинику памяти в Великобритании. У всех из них отсутствовали объективные биомедицинские и нейропсихологические отклонения. Двадцать два пациента были классифицированы как имеющие «функциональную когнитивную дезорганизацию». В данной подгруппе преобладали женщины без высшего образования и со склонностью к диссоциативным расстройствам. Во второй подгруппе оказались мужчины с высшим образованием, повышенным уровнем перфекционизма. По мнению авторов, пациенты в данной группе отличались «скрытой, чрезмерно контролируемой тревогой». E. Kessler и соавт. [41] сообщают об особом варианте ипохондрического расстройства — «беспокойстве о деменции» (англ.: dementia worry), которое отмечается среди людей среднего и молодого возраста. Основным признаком данного состояния является постоянная озабоченность возможностью развития деменции. Обыкновенные ощущения утомления и забывания интерпретируются больными как когнитивное нарушение.

Выраженные когнитивные нарушения могут встречаться при следующих диссоциативных расстройствах:

1. Психогенная амнезия: внезапная неспособность припоминать важные события без предшествующих наруше-

ний сознания и памяти. Такое состояние характеризуется пробелами в памяти — отдельными «островками» амнезии событий, связанных с конкретной психической травмой. Подобная ситуация может длиться от часов до недель.

2. Психогенная fuga: внезапная и полная автобиографическая амнезия и потеря личности. Такое состояние сопровождается бесцельными скитаниями в состоянии суженного сознания с последующей амнезией таких периодов. Фуги обычно длятся всего несколько дней, но остаточная амнезия на период фуги часто сохраняется. Внешне поведение остается упорядоченным, и окружающие могут ничего не заметить, но сам пациент не узнает некоторых знакомых или родственников. Обычно такие состояния возникают внезапно в ответ на травмирующие ситуации [42].

По мнению Г.М. Дюковой [21], диагностика ФНР включает два этапа. Первый — исключение органического происхождения симптома как на клиническом, так и на параклиническом уровне. Второй этап заключается в установлении истерического характера симптома на основании его характерных особенностей, сочетания нескольких типичных симптомов, проведения необходимых тестов. Этот этап обозначают как позитивную диагностику. При проведении диагностики диссоциативного (конверсионного) расстройства необходимо учесть следующие клинические особенности:

- возраст начала заболевания (конверсионные расстройства чаще всего впервые обнаруживают до 40 лет);
- появление симптомов провоцируют стрессовые ситуации. Если такие ситуации отсутствуют, то диагноз расстройства сомнителен. Однако стрессовые ситуации не доказывают диагноз диссоциативного расстройства, так как часто предшествуют соматическим заболеваниям;
- больные часто бессознательно копируют проявления, наблюдаемые ими у окружающих, которые для пациентов крайне значимы, и часто пациенты идентифицируют себя с этими людьми;
- первичная выгода заключается в том, что при помощи процессов диссоциации и конверсии больной подсознательно старается «убежать» от внутренних психологических конфликтов;
- вторичная выгода заключается в том, что больные получают социальные преимущества в результате своей болезни, им удается избежать обязательств и трудных житейских ситуаций; они получают помощь и внимание окружающих, возможность манипулировать другими людьми. У пациента обычно отсутствует адекватное осознание вторичной выгоды [43].

Трудности диагностики диссоциативных расстройств состоят, в частности, в том, что врачи часто принимают за конверсионное расстройство истерические черты характера, проявляющиеся вычурным поведением, «извращенной» театральностью, однако эти понятия не являются идентичными.

Лечение ФКН

Для повышения эффективности лечения необходимо создание доверительных отношений между врачом и пациентом. Для этого, как и при всех остальных ФНР, необходимо рассказывать пациенту обо всех этапах обследования, подробно объясняя результаты позитивной и негативной диагностики («что нашли, что было исключено»). Врач должен показать свое серьезное отношение к пред-

являемым симптомам страдания пациента. При этом необходимо подчеркнуть роль эмоциональных нарушений в появлении расстройства. Следует рассказать пациенту об обратимом характере функциональных нарушений [44].

Рациональная психотерапия в таких случаях основывается на разъяснении больному «доброкачественности» (отсутствие угрозы деменции) имеющихся у него симптомов и их связи с психогенными факторами. Техника лечения основана на беседах с больным, во время которых врач разъясняет ему обратимый характер имеющихся нарушений, призывает больного изменить свое отношение к волнующим его событиям окружающей обстановки, перестать фиксировать свое внимание на имеющихся патологических симптомах. Терапевтическая беседа строится по методу сократовского диалога, во время которого психотерапевт постепенно подводит больного к запланированному выводу с помощью таких вопросов, на которые возможен лишь положительный ответ.

В лечении ФКН используются методы когнитивно-поведенческой терапии. В процессе лечения психотерапевт предлагает альтернативное, менее угрожающее объяснение проблем, так происходит постепенное формирование представления о происхождении физических проблем. Это альтернативное объяснение основывается на когнитивной модели «опасения о здоровье», основа которой — факт, что больной интерпретирует ряд общих физических ощущений в качестве признаков серьезной болезни систематически искаженным образом [45]. Наличие как когнитивных, так и эмоциональных нарушений при данном расстройстве ведет к необходимости применения препаратов, влияющих на эти коморбидные расстройства.

По нашему мнению, одной из терапевтических мишеней при лечении ФКН являются расстройства управляющих функций. Проведенные нами ранее исследования показали позитивное влияние использования препарата Рекогнан (цитиколин) (в виде раствора для перорального применения) на состояние управляющих функций у пациентов с соматоформными расстройствами — заболеванием с похожим патогенетическим механизмом. В основе действия данного препарата лежат улучшение биосинтеза фосфолипидов в мембране нейронов, регулирующее воздействие на нейротрансмиттерные системы, модуляция плотности дофаминовых и ацетилхолиновых рецепторов. В результате проведенного нами лечения достигнуто не только уменьшение проявлений вегетативной дисфункции, но и улучшение показателей, отражающих когнитивный контроль эмоций [46]. Ранее в работах В.В. Машина и соавт., С.А. Немковой и соавт. [47, 48] было показано, что применение Рекогнана способствовало коррекции не только когнитивных и астенических, но и эмоциональных и вегетативных нарушений. Особый интерес представляет исследование С.А. Немковой и соавт. [49], показавших позитивное влияние данного препарата на показатели субъективного счастья. Также авторами было показано позитивное влияние применения Рекогнана на состояние высших психических функций (память, внимание, зрительно-моторная координация, динамический праксис, вербально-логическое мышление и вербальное воображение) [50]. Полученные изменения можно объяснить влиянием Рекогнана на процессы нейропластичности.

Л.П. Соколова [30] рекомендует использование антиоксидантных средств в лечении ФКН. В связи с этим представляется перспективным применение препарата Нейро-

мексол (этилметилгидроксипиридина сукцинат) в терапии данных нарушений. Показано, что этот препарат обладает анксиолитической активностью, не оказывая седативного, миорелаксирующего и амнезирующего эффектов. При этом этилметилгидроксипиридина сукцинат отличается выраженной способностью улучшать процессы обучения и памяти, оказывает отчетливое антиамнестическое действие, устраняя нарушения памяти, вызванные различными воздействиями [51]. В работе А.П. Сиденковой [52] показано, что применение этого препарата приводит к улучшению внимания, памяти и уменьшению тре-

воги у пациентов с когнитивными нарушениями. А. Lerner [53], применив аналогию с компьютерами, рассматривает ФКН как нарушение программного обеспечения памяти, в отличие от нарушения аппаратной памяти, такого как болезнь Альцгеймера.

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости поиска новых оптимальных путей для лечения пациентов с ФКН, включая фармакологическое воздействие.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Schmidtke K, Pohlmann S, Metternich B. The syndrome of functional memory disorder: definition, etiology, and natural course. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008;16:981-988. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318187dddf>
- Teodoro T, Edwards MJ, Isaacs JD. A unifying theory for cognitive abnormalities in functional neurological disorders, fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2018;89(12):1308-1319. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2017-317823>
- Pennington C, Newson M, Hayre A. Functional cognitive disorder: what is it and what to do about it? *Pract Neurol*. 2015;15(6):436-444. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2015-001127>
- Stone J, Pal S, Blackburn D. Functional (psychogenic) cognitive disorders: a perspective from the neurology clinic. *J Alzheimers Dis*. 2015;49(suppl 1):5-17. <https://doi.org/10.3233/JAD-150430>
- Ball HA, McWhirter L, Ballard C, et al. Functional cognitive disorder: dementia's blind spot. *Brain*. 2020;143(10):2895-2903. <https://doi.org/10.1093/brain/awaa224>
- Steenland K, Macneil J, Bartell S. Analyses of diagnostic patterns at 30 Alzheimer's Disease Centers in the US. *Neuroepidemiology*. 2010;35:19-27. <https://doi.org/10.1159/000302844>
- Bharambe V, Lerner AJ. Functional cognitive disorders: memory clinic study. *Prog Neurol Psychiatry*. 2018;22:19-22. <https://doi.org/10.1002/pnp.509>
- Wakefield SJ, Blackburn DJ, Harkness K, et al. Distinctive neuropsychological profiles differentiate patients with functional memory disorder from patients with amnesic-mild cognitive impairment. *Acta Neuropsychiatr*. 2018;30:90-96. <https://doi.org/10.1017/neu.2017.21>
- Захаров В.В., Кабаева А.Р. Недементные когнитивные нарушения: субъективные, легкие и умеренные. *Нервные болезни*. 2017;4:3-7. Zakharov VV, Kabaeva AR. Non-dement cognitive impairment: subjective, mild and moderate. *Nervous Diseases*. 2017;4:3-7. (In Russ.)
- Edmonds E, Delano-Wood L, Galasko DR, Salmon DP. Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative Subjective cognitive complaints contribute to misdiagnosis of mild cognitive impairment. *J Int Neuropsychol Soc*. 2014;20:836-847. <https://doi.org/10.1017/S15561771400068X>
- McWhirter L, Ritchie C, Stone J, Carson A. Functional cognitive disorders: a systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(2):191-207. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30405-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30405-5)
- Попов Ю.В., Вид В.Д. *Современная клиническая психиатрия*. СПб.: Речь; 2000. Попов ЮВ, Вид VD. *Modern clinical psychiatry*. SPb.: Speech; 2000. (In Russ.)
- Poole N, Cope S, Bailey C, Isaacs J. Functional cognitive disorders: Identification and management. *B J Psych Advances*. 2019;25(6):342-350. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.38>
- Фрейд З. *Введение в психоанализ*. М.: Наука; 1989. Freud Z. *Introduction to psychoanalysis*. M.: Nauka; 1989. (In Russ.)
- Veuth I. *Hysteria: The History of Disease*. Chicago; 1965.
- Мясищев В.Н. *Личность и неврозы*. Л.: Изд-во ЛГУ; 1960. Myasishchev VN. *Personality and neuroses*. L.: LSU Publishing House; 1960. (In Russ.)
- Кемпински А. *Психопатология неврозов*. Варшава: Пол. мед. изд-во; 1975. Kempinski A. *Psychopathology of neuroses*. Warsaw: Pol. med. ed.; 1975. (In Russ.)
- Свядош А.М. *Неврозы*. Руководство для врачей. 1997. Svyadoshch AM. *Neuroses*. A Guide for doctors. 1997. (In Russ.)
- Эйдемиллер Э.Г., Юстицки В. *Психология и психотерапия семьи*. СПб.: Питер; 2009. Eidemiller EG, Yustitskis V. *Psychology and psychotherapy of the family*. SPb.: Peter; 2009. (In Russ.)
- Ludwig AM. Hysteria. A neurobiological theory. *Arch Gen Psychiatry*. 1972;27(6):771-777. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1972.01750300043007>
- Дюкова Г.М. Функциональные расстройства в неврологической практике. *Медицинский Совет*. 2015;(5):62-69. Dyukova GM. Functional disorders in neurological practice. *Medical Advice*. 2015;(5):62-69. (In Russ.)
- Posner MI, Snyder CR, Davidson BJ. Attention and the detection of signals. *Journal of Experimental Psychology*. 1980;109(2):160-174. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.109.2.160>
- Shiffrin RM, Schneider W. Controlled and automatic human information processing: 2: Perceptual learning, automatic attending and a general theory. *Psychological Review*. 1977;84(2):127-190. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.127>
- Pick S, Anderson DG, Asadi-Pooya AA, et al. Outcome measurement in functional neurological disorder: a systematic review and recommendations. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2020;91(6):638-649. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-322180>
- Cicerone K, Levin H, Malec J, et al. Cognitive rehabilitation interventions for executive function: moving from bench to bedside in patients with traumatic brain injury. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 2006;18(7):1212-1222. <https://doi.org/10.1162/jocn.2006.18.7.1212>
- Bhome R, McWilliams A, Huntley JD, et al. Metacognition in functional cognitive disorder—a potential mechanism and treatment. *Cogn Neuropsychiatry*. 2019;24(5):311-321. <https://doi.org/10.1080/13546805.2019.1651708>
- Schwilke R, Klöppel S, Schmidtke K, Metternich B. Functional cognitive disorder in subjective cognitive decline — a 10-year follow-up. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2021;36:677-683. <https://doi.org/10.1002/gps.5466>
- Lerner AJ. The «attended alone» and «attended with» signs in the assessment of cognitive impairment: A revalidation. *Postgrad. Med*. 2020;132:595-600. <https://doi.org/10.1080/00325481.2020.1739416>
- Randall A, Lerner AJ. La maladie du petit papier: A sign of functional cognitive disorder? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018;33(5):800. <https://doi.org/10.1002/gps.4854>
- Соколова Л.П. Функциональные когнитивные расстройства. *Врач*. 2011;7:10-12. Sokolova LP. Functional cognitive disorders. *Doctor*. 2011;7:10-12. (In Russ.)
- Bharambe V, Lerner AJ. Functional cognitive disorders: Demographic and clinical features contribute to a positive diagnosis. *Neurodegener Dis Manag*. 2018;8:377-383. <https://doi.org/10.2217/nmt-2018-0025>

32. Metternich B, Schmidtke K, Hull M. How are memory complaints in functional memory disorder related to measures of affect, metamemory and cognition? *J Psychosom Res.* 2009;66(5):435-444. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.07.005>
33. Bhome R, Huntley JD, Price G, Howard RJ. Clinical presentation and neuropsychological profiles of Functional Cognitive Disorder patients with and without comorbid depression. *Cognitive Neuropsychiatry.* 2019;24(2):152-164. <https://doi.org/10.1080/13546805.2019.1590190>
34. Morris LS, Baek K, Voon V. Distinct cortico-striatal connections with subthalamic nucleus underlie facets of compulsivity. *Cortex.* 2017;88:143-150. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.12.018>
35. Kozłowska KR, Griffiths SL, Foster J, et al. Grey matter abnormalities in children and adolescents with functional neurological disorder. *Neuroimage Clin.* 2017;15:306-314. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2017.04.028>
36. de Vroeghe L, Koppenol I, Kop WJ, et al. Neurocognitive functioning in patients with conversion disorder/functional neurological disorder. *J Neuropsychol.* 2021;15(1):69-87. <https://doi.org/10.1111/jnp.12206>
37. Edwards MJ, Adams RA, Brown H, et al. A Bayesian account of 'hysteria'. *Brain.* 2012;135:3495-3512. <https://doi.org/10.1093/brain/awx129>
38. Van den Bergh O, Witthoft M, Petersen S, Brown RJ. Symptoms and the body: taking the inferential leap. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017;74:185-203. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.015>
39. Elhadd K, Bharambe V, Larner AJ. Functional cognitive disorders: Can sleep disturbance contribute to a positive diagnosis? *J Sleep Disord Ther.* 2018;7:291-296. <https://doi.org/10.4172/2167-0277.1000291>
40. Berrios GE, Marková IS, Giralá N. Functional memory complaints: hypochondria and disorganization. In: *Memory Disorders in Psychiatric Practice* (eds GE Berrios, JR Hodges). Cambridge University Press. 2000;384-399.
41. Kessler EM, Bowen CE, Baer M, et al. Dementia worry: a psychological examination of an unexplored phenomenon. *Eur J Ageing.* 2012;9(4):275-284. <https://doi.org/10.1007/s10433-012-0242-8>
42. Harrison NA, Johnston K, Corno F. Psychogenic amnesia: syndromes, outcome, and patterns of retrograde amnesia. *Brain.* 2017;140:2498-2510. <https://doi.org/10.1093/brain/awx186>
43. Балунув О.А., Лукина Л.В., Михайлов В.А. и др. Непсихотические психические расстройства в неврологической клинике. Часть 1: конверсионные расстройства. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* 2012;4:77-80. Balunov OA, Lukina LV, Mikhailov VA, et al. Non-psychotic mental disorders in a neurological clinic. Part 1: Conversion disorders. *Review of Psychiatry and Medical Psychology named after V.M. Bekhterev.* 2012;4:77-80. (In Russ.).
44. Stone J. Functional neurological symptoms. *J R Coll Physicians Edinb.* 2011;41(1):38-41. <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2011.110>
45. Прашко Я., Можны П., Шлепетски М. *Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств.* М.: ИОИ; 2015. Prashko Ya, Mozhny P, Shlepetski M. *Cognitive-behavioral therapy of mental disorders.* М.: IOI; 2015. (In Russ.).
46. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А. и др. Исследование эффективности цитофлавина в лечении соматоформных расстройств. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2017;117(1): 21-25. Chutko LS, Surushkina SY, Yakovenko EA, et al. Efficiency of cytoflavin in the treatment of somatoform disorders. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov.* 2017;117(1):21-25. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro2017117121-24>
47. Машин В.В., Белова Л.А., Дудиков Е.М. и др. 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, et al. Efficacy of the drug is recognized in patients in the acute period of ischemic stroke. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov.* 2017;10:44-48. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro201711710144-48>
48. Немкова С.А., Семенов Д.В., Петрова Е.А. и др. 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, et al. Cognitive and emotional disorders in university students and teachers: the possibility of treatment with recognan (citicoline). *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii im. S.S. Korsakova.* 2018;12:11-18. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro201811812111>
49. Немкова С.А., Семенов Д.В., Заваденко Н.Н., Возвышаева М.Ю. Влияние применения препарата Рекогнан (цитиколин) на проявления позитивных личностных качеств у пациентов с астеническим синдромом и легкими когнитивными нарушениями. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2020;120(1):44-50. Nemkova SA, Semenov DV, Zavadenko NN, Vozyshaeva MYu. Features of positive personality phenomena in patients with mild cognitive impairment and asthenic syndrome treated with recognan (citicoline). *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii im. S.S. Korsakova.* 2020;120(1):44-50. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro202012001144>
50. Немкова С.А., Семенов Д.В., Петрова Е.А. и др. Влияние препарата Рекогнан на состояние высших психических функций у пациентов с легкими когнитивными нарушениями. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2021;121(9):51-57. Nemkova SA, Semenov DV, Petrova EA, et al. The effect of the drug Reconnan on the state of higher mental functions in patients with mild cognitive impairment. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov.* 2021;121(9):51-57. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro202112109151>
51. Воронина Т.А. Антиоксидант мексидол. Основные нейропсихотропные эффекты и механизм действия. *Психофармакол Биол Наркол.* 2001;1(1):2-12. Voronina TA. Antioxidant mexidol. The main neuropsychotropic effects and mechanism of action. *Psychopharmacol Biol Narc.* 2001;1(1):2-12. (In Russ.).
52. Сиденкова А.П. Особенности проявления тревоги у пациентов старших возрастных групп с разными типами умеренного когнитивного расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2017;11:45-50. Sidenkova AP. Features of the manifestation of anxiety in patients of older age groups with different types of moderate cognitive disorder. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov.* 2017;11:45-50. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro2017111145-50>
53. Larner AJ. Functional Cognitive Disorders (FCD): How Is Metacognition Involved? *Brain Sci.* 2021;11(8):1082-1087. <https://doi.org/10.3390/brainsci11081082>

Поступила 11.01.2022

Received 11.01.2022

Принята к печати 13.11.2022

Accepted 13.11.2022