Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии

Выпуск VII

Санкт-Петербург

2021

УДК: 616.89
ББК: 56.14

Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск VII. Материалы научно-практической конференции, 24-25 июня 2021 года, Санкт-Петербург [Электронный ресурс www.psychiatr.ru/events/833]: тезисы / под общей редакцией О.В. Лиманкина. — СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2021. – 129 с.— ISBN 978-5-94651-088-2.

Ответственный редактор: Лиманкин О.В.
Редакционная коллегия:
Петрова Н.Н., Бабин С.М., Чумаков Е.М.

Настоящее издание включает материалы VII научно-практической конференции «Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии» и VI Школы молодых психиатров Санкт-Петербурга, проходивших 24-25 июня 2021 года. Тезисы, включенные в сборник, отражают своеобразную перекличку ученых и практических врачей, молодых специалистов, представителей организаций пользователей психиатрической помощи, многоаспектный характер развития психосоциального направления в психиатрии.

Издание адресовано психиатрам, психотерапевтам, медицинским психологам, специалистам по социальной работе, организациям пользователей психиатрической помощи.

ISBN 978-5-94651-089-9

© РОП, 2021
© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2021
© Коллектив авторов, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЛИЦ, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19, И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С УСЛОВИЯМИ ПРЕБЫВАНИЯ НА САМОИЗОЛЯЦИИ

Азарова Л.А., Ветошкина С.А., Петров М.В., Хохлова К.А., Горбунова О.В., Захарова А.Ю. 10

ОБРАТНЫЙ ТРАНСГЕНДЕРНЫЙ ПЕРЕХОД В ФОКУСЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Ашенбреннер Ю.В., Чумаков Е.М., Азарова Л.А., Петрова Н.Н., Лиманкин О.В. 12

ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. 16

УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Бурделова Е.В., Ивашиненко Д.М. 18

ОЦЕНКА АНОМАЛЬНЫХ НЕПРОИЗВОЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ ПО ДАННЫМ ШКАЛЫ AIMS У ПАЦИЕНТОВ С АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННОЙ ТАРДИВНОЙ ДИСКИНЕЗИЕЙ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Вайман Е.Э., Шнайдер Н.А., Торговцев А.А., Насырова Р.Ф. 20

ОСОЗНАНИЕ БОЛЕЗНИ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПЕРЕЖИВАНИЯМИ СТИГМАТИЗАЦИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Васильченко К.Ф., Жданова Ю.А., Гашков С.И. 23

SBIRT: МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ (ЗЛО)УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Ветрова М.В., Блохина Е.А. 27

РЕЧЕВОЙ ПЕРФЕКЦИОНИЗМ КАК МИШЕНЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МОЛОДЕЖИ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

Воликова С.В., Горшкова Е.Н. 29

СТИГМАТИЗАЦИЯ ЛЮДЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ПРЕДРАССУДКИ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ В ОТНОШЕНИИ СВОИХ ПАЦИЕНТОВ

Гельбинг Д.А., Безрукова Е.А., Данилкова Е.В., Сукасян А.Г., Федина Т.В.....31

ВЛИЯНИЕ САМООЦЕНКИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ НА СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Герасимова В.И., Меднова И.А., Корнетова Е.Г. 33

ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕГАТИВНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА И МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Горбунова О.В.....35

АССОЦИАЦИЯ НОСИТЕЛЬСТВА ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ВАРИАНТА RS1045642 ГЕНА *MDR1* С РАЗВИТИЕМ АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Добродеева В.С., Шнайдер Н.А., Торговцев А.А., Насырова Р.Ф. 37

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ПЕРВИЧНЫХ ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Залуцкая Н.М., Пальчикова Е.И., Петрухина А.А. 39

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ШИЗОФРЕНИИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Залуцкая Н.М., Пальчикова Е.И., Николаев М.А., Пчелина С.Н. 41

КОГЕРЕНТНЫЙ АНАЛИЗ ЭЭГ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С УМЕРЕННЫМИ КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПО АЛЬЦГЕЙМЕРОВСКОМУ ТИПУ

Занин К.В., Гомзякова Н.А., Залуцкая Н.М. 43

РИСК РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Ивашиненко Л.В., Бурделова Е.В. 46

ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ СЕНСОРНО-КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В., Трегубенко И.А., Шошина И.И., Ханько А.В., Пронин С.В.....48

АНАЛИЗ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С УЧЁТОМ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Искандарова Ж.М., Шарипова Ф.К.....51

РЕЗУЛЬТАТЫ АПРОБАЦИИ ПРОГРАММЫ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Карасёва Е.А., Максимова Н.Е., Никитина Ю.О. 53

ПРЕДПОЧТЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ ПРИ ВЫБОРЕ КЛАССА АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С ЦЕЛЬЮ РЕДУКЦИИ ПОЗИТИВНЫХ СИМПТОМОВ

Корнетова Е.Г., Герасимова В.И., Федоренко О.Ю. 55

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВОСПРИЯТИЯ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ В ЦЕЛЯХ СНИЖЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Коштырева Е.А., Васильева Т.М., Максимова Н.Е., Петрова Г.В. 57

К ПРОБЛЕМЕ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Леонова А.В. 59

ИЗУЧЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Лиманкин О.В., Ханько А.В., Мухитова Ю.В., Климакова Н.А. 61

РЕДУКЦИЯ ПСИХОТИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ В ХОДЕ ТЕРАПИИ АТИПИЧНЫМ АНТИПСИХОТИКОМ ЛУРАЗИДОНОМ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Линова Л.П., Торговцев А.А. 64

КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У ПРИЗЫВНИКОВ, РАНЕЕ ПРИЗНАННЫХ НЕГОДНЫМИ К НЕСЕНИЮ СРОЧНОЙ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ

Лисаускене О.В. 69

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Литвинцев С.В. 71

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛЫХ ДЕПРЕССИЙ В РАМКАХ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА АНТИДЕПРЕССАНТАМИ СИОЗС И АТИПИЧНЫМИ АНТИПСИХОТИКАМИ

Лобанова И.В. 74

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Марачев М.П., Жабин М.Ю., Аведисова А.С. 77

ПУТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И НЕМЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМИ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Марачев М.П., Аркуша И.А., Акжигитов Р.Г., Аведисова А.С. 79

СПЕЦИФИКА РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ У ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНЫМ СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Мелёхин А.И. 81

ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Мухаметова А.И., Васильев В.В. 85

ИЗУЧЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ СЕНСОРНО-КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И ЭНДОГЕННОЙ ДЕПРЕССИИ

Мухитова Ю.В., Исаева Е.Р., Трегубенко И.А., Шошина И.И. 87

КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Напалков И.В., Иванова Т.И. 90

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА ТЕРРИТОРИИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Некрасов Д.А., Алифанова М.К. 92

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ КОМОРБИДНОСТИ ШИЗОФРЕНИИ И ДЕПРЕССИИ

Новицкий М.А., Шнайдер Н.А., Петров А.В., Насырова Р.Ф. 94

ВЛИЯНИЕ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА НА КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ

Нурходжаев С.Н. 96

ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ МЯГКИХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ

Оганесян Н.Ю., Кирсанова С.Л. 99

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИЙ НА ФОНЕ СНИЖЕННОГО УРОВНЯ ТЕСТОСТЕРОНА У МУЖЧИН

Осадший Ю.Ю. 102

РАЗЛИЧИЯ В ПОКАЗАТЕЛЯХ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ КРИТИЧНОСТИ

Пеккер М.В. 103

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРОМОМ

Петров М.В., Иванова Е.А., Азарова Л.А. 106

ДЕПРЕССИЯ, НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ И COVID-19

Петрова Н.Н., Кокурина Д.А. 109

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Пряникова Е.В., Петрова Н.Н. 111

СРАВНЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Римашевская А.О., Максимова Н.Е., Прощенко И.В. 113

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

Сивашова М.С. 116

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 У ЖИТЕЛЕЙ РОССИИ: ДИНАМИКА В УЯЗВИМЫХ ГРУППАХ

Сорокин М.Ю. 118

ПСИХОДИАГНОСТИКА ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С УЧЁТОМ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К. 120

ИЗУЧЕНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМИ ПРИСТУПАМИ ШИЗОФРЕНИИ

Ханько А.В. 122

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РОССИИ

Чумаков Е.М.,Ашенбреннер Ю.В., Азарова Л.А., Петрова Н.Н., Лиманкин О.В. 125

ПСИХОТЕРАПИЯ ФОНОВОЙ ТРЕВОГИ У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА

Яценко К.О., Ханько А.В., Торговцев А.А. 127

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЛИЦ, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19, И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С УСЛОВИЯМИ ПРЕБЫВАНИЯ НА САМОИЗОЛЯЦИИ

Азарова Л.А., Ветошкина С.А., Петров М.В., Хохлова К.А., Горбунова О.В., Захарова А.Ю.

Городская психиатрическая больница им. П.П. Кащенко
Санкт-Петербург

В условиях пандемии, когда наблюдается широкое распространение тревожно-фобических и депрессивных реакций и низкая доступность очной психологической помощи, актуальным представляется создание и развитие дистанционных форм консультирования. На базе комплекса дневных стационаров больницы им. П.П. Кащенко нами была организована служба дистанционной помощи населению Санкт-Петербурга «Информационная линия и консультирование онлайн». Линия выполняла функции: диагностическую, информационную, консультативную. В структуре службы имелись два звена: первичное – прием звонков по телефону от населения (информационное консультирование и дальнейшая маршрутизация обратившихся за помощью); вторичное – консультативный прием онлайн (проведение сеансов психотерапевтом или медицинским психологом).

Целью данного исследования было выявление взаимосвязи между условиями нахождения обратившихся за помощью лиц (далее клиентов) на самоизоляции и изменениями их психического состояния.

Задачами являлись: 1. Установление взаимосвязи отдельных социально-бытовых факторов в условиях самоизоляции и психического состояния клиентов; 2. Выявление наиболее часто встречающихся симптомокомплексов у клиентов в условиях самоизоляции; 3. Определение взаимосвязи динамики психического состояния клиентов с длительностью их нахождения на самоизоляции.

Материалы и методы. Нами была разработана анкета, оценивающая основные социально-демографические, бытовые параметры пациента в период самоизоляции, его соматическое и психическое состояние в текущий период, наличие соматических заболеваний и психических расстройств в анамнезе. Анкета заполнялась специалистом (психотерапевтом или медицинским психологом) в процессе работы с клиентом. Для сравнения количественных переменных между группами применялся двухвыборочный ранговый критерий Вилкоксона. Для сравнения неколичественных переменных применялся критерий Хи-квадрат. Корреляционный анализ проводился с применением рангового критерия Спирмена. Анализ проводился в программном пакете RStudio v. 1.1.463. Сбор данных проводился с апреля по июль 2021 г, общий объем выборки — 221

человек. Возраст испытуемых варьировал от 18 до 67 лет. Из общей выборки 76,5% составили женщины, 23,5% - мужчины.

Получены следующие **результаты**.

1. Длительность проявления тревожно-фобических и депрессивных симптомов достоверно выше в группе, которая провела больше времени на самоизоляции (W = 4076,5; p < 0,001).
2. В группе клиентов, которые провели меньше времени на самоизоляции, достоверно выше процент острого стресса (31,6 %) в сравнении с группой тех, кто провел больше времени на самоизоляции (8,1 %) ($\chi^2(1) = 13$; $p = 0{,}014$).
3. На уровне тенденции выявлено более выраженное ухудшение соматического состояния в группе клиентов, которые провели на самоизоляции меньше времени ($\chi^2(3) = 11{,}5$; $p = 0{,}071$).
4. Клиенты, которые провели больше времени на самоизоляции, чаще проживают с родственниками ($\chi^2(1) = 10{,}7$; $p = 0{,}024$).
5. В группе тех, кто провел на изоляции больше времени на уровне тенденции выявлено более выраженное ухудшение отношений с близкими ($\chi^2(2) = 10{,}5$; $p = 0{,}067$).
6. В группе клиентов, которые провели на самоизоляции больше времени, на уровне тенденции реже встречается зависимое поведение у родственников ($\chi^2(1) = 7$; $p = 0{,}071$).
7. Наличие соматического заболевания до пандемии положительно коррелирует со страхом заражения COVID-19 ($r = 0{,}21$).
8. Ухудшение психического состояния положительно коррелирует со снижением дохода в связи с пандемией ($r = 0{,}28$).
9. Потеря работы положительно коррелирует с выраженностью депрессивного синдрома ($r = 0{,}28$).
10. Наличие алекситимии отрицательно коррелирует с когнитивной гибкостью ($r = -0{,}30$) и положительно коррелирует с отрицанием и обесцениваем пандемии и самоизоляции ($r = 0{,}45$). Эмоциональный интеллект отрицательно коррелирует с «уходом в болезнь» как личностной реакцией на пандемию ($r = -0{,}28$).

Выводы. Таким образом, мы наблюдаем взаимосвязь социально-бытовых условий клиентов с характером, длительностью и степенью выраженности отдельных симптомов психических расстройств. Значимыми факторами в данном контексте являются: длительность нахождения клиента на самоизоляции, наличие стабильного дохода и общее материальное благополучие, наличие социальных контактов внутри и вне семьи, характер отношений с родственниками, проживающими с клиентом на одной жилплощади. Также значимыми являются внутриличностные факторы, такие как эмоциональный интеллект, характер психологических защитных механизмов, когнитивная гибкость взаимосвязаны с восприятием клиентом пандемии и способами реагирования на нее. Данные результаты могут быть использованы для более глубокого изучения влияния условий пандемии и самоизоляции на личность и способствовать разработке мер профилактики психических расстройств.

ОБРАТНЫЙ ТРАНСГЕНДЕРНЫЙ ПЕРЕХОД В ФОКУСЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Ашенбреннер Ю.В.[1], Чумаков Е.М.[1,2], Азарова Л.А.[1], Петрова Н.Н.[2], Лиманкин О.В.[1,3,4]

[1] Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко
[2] Санкт-Петербургский государственный университет
[3] Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И.И. Мечникова
[4] Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Минтруда РФ
Санкт-Петербург

Актуальность. Обратный трансгендерный переход («детранзишн», «гендерная детранзиция», «обратный переход», от англ. detransition) - процесс повторной идентификации с полом, приписанным при рождении, после прохождения трансгендерного перехода - в последние несколько лет привлек внимание научного медицинского сообщества, СМИ и общественности [1]. Результатом этого стало то, что в 8-й версии Международных медицинских стандартов помощи трансгендерным людям WPATH планируется включение раздела о «детранзиции» [2, 3]. Однако в отечественной и международной профессиональной литературе данный вопрос остается малоизучен.

Материалы и методы. Был произведен поиск литературы по медицинским базам PubMed и ELibrary по кодовым словам «detransition», «обратный трансгендерный переход», сочетании слов: «regret» и «transgender», «satisfaction» и «transgender».

Результаты. Анализ литературы показал полное отсутствие исследований вопросов, связанных с обратным трансгендерным переходом в русскоязычной профессиональной литературе. При анализе англоязычной литературы установлено, чувство «сожаления» после трансгендерного перехода встречается нечасто [4]. Было установлено, что транс-мужчины демонстрируют более благоприятные психосоциальные результаты после хирургического вмешательства и реже сообщают о сожалении после операции [5]. Существуют данные, что большинство трансгендерных мужчин и женщин после гендерно-аффирмативных хирургических вмешательств отмечают улучшение качества жизни, сексуальной функции [6]. Однако, растущее число трансгендерных персон, прекращающих трансгендерный переход, является возможным признаком того, что существует значительное число людей, которые не удовлетворены результатами перехода [7,8]. Существенным риском гендерно-аффирмативных оперативных вмешательств является «послеоперационное сожаление», которое может привести к просьбе о проведении обратной операции [4,6,9]. При анализе заявок на юридическое и хирургическое изменение пола в Швеции за 50-летний период (1960-2010 гг.), было обнаружено, что 2,2% пациентов, прошедших процедуру юридического или

хирургического изменения пола, впоследствии испытывали сожаление [10]. По данным Wiepjes и др., общая частота сожаления о хирургическом вмешательстве у трансгендерных мужчин составляет <1%, а у трансгендерных женщин - <2% [11]. Pablo Expósito-Campos в своей работе выделяет два вида «детранзиции» - первичная и вторичная [1]. В первом случае человек прекращает «переход», потому что больше не идентифицирует себя как трансгендерную персону, но может по-прежнему испытывать некоторые симптомы гендерной дисфории (ГД), приходя к выводу, что транссексуальность не является причиной дистресса и телесного дискомфорта. Во втором случае человек прекращает «переход» из-за проблем со здоровьем, отсутствия поддержки со стороны общества/семьи или неудовлетворенности результатами, но не перестает идентифицировать себя как трансгендерную персону [1]. Причины первичного «детранзишена» многообразны. Так, например, осознание того, что переход не облегчает состояние ГД, поиск альтернативных способов справиться с ГД, проблемы с психическим здоровьем, решение предыдущих психологических/эмоциональных проблем, которые способствовали возникновению ГД, полученная психологическая травма и другие психологические проблемы; примирение со своей сексуальностью; изменение личных, политических, социальных или религиозных взглядов, которое заставляет человека сомневаться в своем трансгендерном статусе [1]. Причинами вторичного - проблемы со здоровьем, включая медицинские осложнения и появление нежелательных побочных эффектов; разочарование или неудовлетворенность результатами медико-гормонального или хирургического лечения; отсутствие поддержки со стороны общества и недостаток финансовых ресурсов; давление со стороны членов семьи или духовных наставников; социальная дискриминация/преследование; проблемы с трудоустройством; ощущение, что уже смирились с приобретенными физическими изменениями и поэтому отсутствием желания продолжать процесс перехода; желание стать родителем [1]. Вторичный вид обратного трансгендерного перехода носит временный характер, вероятность возобновления перехода в будущем выше [12]. Другими факторами появления сожаления являются: сексуальная ориентация, нарушение послеоперационной сексуальной функции (наиболее заметно у трансгендерных женщин [13]), предыдущая военная служба, физически напряженная работа, вовлечение в криминальную деятельность, возраст на момент операции и перехода (повышенный риск >30 лет), асексуальная ориентация или гипосексуальный статус до операции [4]. Churcher Clarke и Spiliadis (2019) предлагают также такие факторы появления сожаления, как гомофобные издевательства, буллинг, изоляция, трудности в отношениях со сверстниками [14]. Факторы, которые способствуют «незначительному сожалению» после гендерно-аффирмативного хирургического вмешательства включают послеоперационные факторы, такие как боль во время и после операции, хирургические осложнения, «плохие» результаты операции, потеря партнера, потеря работы, конфликт с семьей и разочарование от того, что различные ожидания, связанные с операцией, не оправдались [15]. Landen и др. определили, что отсутствие поддержки семьи является наиболее важной переменной, предсказывающей будущее сожаление после операции [16].

Выводы. Обратный трансгендерный переход - это новое, плохо изученное явление в нашем обществе, которое поднимает большое количество медицинских, социальных и этических вопросов, требующих профессиональной оценки. Необходимо проведение научных исследований и дискуссий по данному вопросу с целью совершенствования оказания медицинской, в том числе психиатрической и психотерапевтической, помощи этой группе лиц.

Литература

1. *Pablo Expósito-Campos. A Typology of Gender Detransition and Its Implications for Healthcare Providers. Journal of Sex and Marital Therapy. (2021). 47. 270-280. 10.1080/0092623X.2020.1869126.*
2. *Evans M. Freedom to think: the need for thorough assessment and treatment of gender dysphoric children. BJPsych Bull. 2020 Jul 21:1-5. doi: 10.1192/bjb.2020.72. Epub ahead of print. PMID: 32690120.*
3. *Butler, C. and Hutchinson, A. (2020), Debate: The pressing need for research and services for gender desisters/detransitioners. Child Adolesc Ment Health, 25: 45-47. https://doi.org/10.1111/camh.12361*
4. *Narayan SK, Hontscharuk R, Danker S, Guerriero J, Carter A, Blasdel G, Bluebond-Langner R, Ettner R, Radix A, Schechter L, Berli JU. Guiding the conversation-types of regret after gender-affirming surgery and their associated etiologies. Ann Transl Med. 2021 Apr;9(7):605. doi: 10.21037/atm-20-6204. PMID: 33987303; PMCID: PMC8105823.*
5. *Carroll RA. Outcomes of Treatment for Gender Dysphoria. Journal of Sex Education and Therapy 1999;24:128-36. [Crossref]*
6. *E. Coleman, W. Bockting, M. Botzer, P. Cohen-Kettenis, G. DeCuypere, J. Feldman, L. Fraser, J. Green, G. Knudson, W. J. Meyer, S. Monstrey, R. K. Adler, G. R. Brown, A. H. Devor, R. Ehrbar, R. Ettner, E. Eyler, R. Garofalo, D. H. Karasic, A. I. Lev, G. Mayer, H. Meyer-Bahlburg, B. P. Hall, F. Pfaefflin, K. Rachlin, B. Robinson, L. S. Schechter, V. Tangpricha, M. van Trotsenburg, A. Vitale, S. Winter, S. Whittle, K. R. Wylie & K. Zucker (2012) Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7, International Journal of Transgenderism, 13:4, 165-232, DOI: 10.1080/15532739.2011.700873.*
7. *Lisa Marchiano (2017) Outbreak: On Transgender Teens and Psychic Epidemics, Psychological Perspectives, 60:3, 345-366, DOI: 10.1080/00332925.2017.1350804*
8. *Guerra, Mario & Balaguer, Marcelino & Porras, Mariana & Hurtado-Murillo, Felipe & Izquierdo, Eva & Morillas, Carlos. (2020). Transsexuality: Transitions, detransitions, and regrets in Spain. Endocrinología, Diabetes y Nutrición (English ed.). 67. 562-567. 10.1016/j.endien.2020.03.005.*
9. *Lindemalm G, Korlin D, Uddenberg N. Long-term follow-up of "sex change" in 13 male-to-female transsexuals. Arch Sex Behav 1986;15:187-210. [Crossref] [PubMed]*
10. *Dhejne, Cecilia & Oberg, Katarina & Arver, Stefan & Landén, Mikael. (2014). An Analysis of All Applications for Sex Reassignment Surgery in Sweden, 1960-2010: Prevalence, Incidence, and Regrets. Archives of sexual behavior. 43. 10.1007/s10508-014-0300-8.*
11. *Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. J Sex Med 2018;15:582-90. [Crossref] [PubMed]*
12. *James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). The report of the 2015 U.S. Transgender Survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.*
13. *Hadj-Moussa M, Ohl DA, Kuzon WM Jr. Evaluation and Treatment of Gender Dysphoria to Prepare for Gender Confirmation Surgery. Sex Med Rev 2018;6:607-17.*

14. *Churcher Clarke, A., & Spiliadis, A. (2019). 'Taking the lid off the box': The value of extended clinical assessment for adolescents presenting with gender identity difficulties. Clinical child psychology and psychiatry, 1359104518825288.*
15. *Pfafflin F. Regrets After Sex Reassignment Surgery. Journal of Psychology & Human Sexuality 1993;5:69-85. [Crossref]*
16. *Landen M, Walinder J, Hambert G, et al. Factors predictive of regret in sex reassignment. Acta Psychiatr Scand 1998;97:284-9. [Crossref] [PubMed]*

ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность проблемы исследования аутодеструктивных действий у подростков с нарушением пищевого поведения вызвана ростом числа суицидальных попыток, обусловленных личностной незрелостью и наличием депрессивной симптоматики у данного контингента пациентов [1, 3, 6, 8]. Расстройства приема пищи, начинающиеся в детском и подростковом возрасте, имеют тяжелые последствия для состояния здоровья подростков в будущем, сопровождаются формированием депрессивной симптоматики и риском развития суицидального поведения [2, 4, 5, 7].

Цель исследования: изучить риск развития суицидальных тенденций у подростков с нарушениями пищевого поведения для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и дифференцированного выбора психотерапевтической тактики.

Материалы и методы. Обследовано 61 девочек-подростков в возрасте 15-19 лет, находившихся на стационарном лечении в подростковых отделениях Городской клинической психиатрической больницы города Ташкента. Верифицированные диагнозы соответствовали критериям согласно МКБ-10 группа F50 Расстройства приема пищи. Для исследования эмоциональной сферы использована шкала оценки депрессии Цунга. Для определения степени суицидального риска и особенностей суицидальных тенденций была использована «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска».

Результаты и обсуждение. На инициальном этапе исследования при оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Цунга у 16 (26,2%) девочек выявили депрессивную симптоматику тяжелой степени клинических проявлений. Основную массу 44,3% (27девочек-подростков) случаев - составили исследуемые со средней степенью тяжести депрессии и лишь в 13,1% случаев (8 пациенток) была выявлена депрессия лёгкой степени тяжести. Депрессивная симптоматика проявлялась тревожно-фобическими расстройствами и сомато-вегетативными компонентами в виде стойкого снижения аппетита на фоне пониженного настроения и твердой убежденностью пациенток в неполноценности собственных параметров фигуры и несоответствия их параметрам мировых стандартов моды и рейтингов популярности. Подростки предъявляли претензии к родителям по поводу генетического наследования недостатков фигуры в виде излишней массы тел.

На фоне пониженного настроения и убеждённости в своей малоценности и никчемности, у девочек отмечалось появление суицидальных мыслей.

Суицидальные тенденции в этой группе отличались скрытностью и малоинформативностью, высказывания имели нестойкий пассивный характер. Анализ результатов по Колумбийской шкале выявил следующие данные: пассивные суицидальные мысли установлены у 5 девочек-подростков (8,19% случаев), активные неспецифические мысли о самоубийстве – у 8 девочек-подростков (13,11% случаев), актуальные суицидальные идеи, включая размышления о способе самоубийства – у 14 девочек-подростков (22,95% случаев), актуальные суицидальные идеи, включая некоторое намерение действовать при отсутствии конкретного плана - у 12 девочек- подростков (19,67% случаев), актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением – у 22 (36,06%) пациенток. Наиболее интенсивные мысли суицидоопасной мотивации наблюдались у девочек с депрессивной симптоматикой тяжелой степени клинических проявлений. Девочки-подростки стремились к одиночеству, испытывали трудности в установлении межличностных контактов, у них отмечалась фиксация на негативных воспоминаниях из прошлого, пессимизм и снижение самооценки. Мотивация суицидального поведения имела преимущественно демонстративно-шантажный характер, реже наблюдались мотивы протеста, призыва и мести.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование особенностей суицидальных тенденций у подростков с нарушениями пищевого поведения установило, что они чаще всего имеют демонстративно-шантажный характер, отличаются нестойкостью и разноплановой мотивацией, формируются совместно с депрессивной симптоматикой.

Литература

1. *Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б. Суицидальные тенденции у подростков // Антология российской психотерапии и психологии, 2019. – С. 107.*
2. *Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Личностные особенности подростков с депрессивными расстройствами поведения пубертатного периода // Архивъ внутренней медицины. 2016. №1(S). С.8-9.*
3. *Искандарова Ж.М., Бабарахимова С.Б. Конституционально-личностные особенности девочек при нервной анорексии // Архивъ внутренней медицины. 2016. №1(S). С.9-10.*
4. *Abdullaeva V.K., Abbasova D.S. et al. Predict depressive disorders at the earliest stages of its formation in adolescents // Annali d/ Italia (2020) VOL 1, No 7; pp 15-18.*
5. *Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B. Analisys of psychosocial factors in development of suicidal tendencies at adolescents // Central Asian Journal of Pediatrics 2 (1), 201-204, 2019.*
6. *Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S. Relationship of personal characteristics in adolescents with suicidal tendencies // NJD-i-science. VOL 2, No 40 (2020). pp. 19-22*
7. *Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5 (2020) pp. 24-27.*
8. *Nurkhodjaev S., Babarakhimova S., Abdullaeva V. Early Detection and Prevention of Suicidal Behavior in Adolescents – Indian Jornal of Forensic medicine & Toxicology. VOL 14, No 3 (2020) pp.7258-7263.*

УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Бурделова Е.В., Ивашиненко Д.М.

Тульский государственный университет
Тула

Актуальность. Депрессия является одной из актуальных проблем психиатрии. Она может развиться в любом возрасте и у представителей разных социальных групп под влиянием острых и хронических стрессов, соматических заболеваний, а также без видимых причин. Среди студентов ВУЗов депрессия является одной из основных причин дезадаптации, дивиантного и самодеструктивного поведения. Нередко депрессивные состояния дисфорически окрашены, что может порождать конфликты с преподавателями и сверстниками, грубые нарушения дисциплины. Депрессии часто сопровождаются потерей интереса к учебе. Студенты с депрессивными расстройствами часто по неуважительным причинам пропускают занятия. Попытки административного воздействия при нарушениях поведения и неуспеваемости только усугубляет состояние, создавая непреодолимые трудности в дальнейшем обучении. Наиболее часто студенты страдают от так называемых аффективных проявлений депрессии: уныния, плаксивости, тоскливого настроения, раздражительности, неудовлетворенности и замкнутости. Кроме того, у них нередко встречаются соматические проявления депрессии, в частности, заторможенность, бессонница, хроническая усталость, снижение веса, головные боли. А также другие симптомы депрессии - пессимизм, чувство вины, страх перед будущим, неудовлетворенность и неуверенность в собственных знаниях. Разрываясь между зачетами, экзаменами и подработками, студенты-медики все чаще страдают от стресса и депрессий, что в конечном итоге может привести к суицидальному поведению. Большая нагрузка в университете, умственные перегрузки зачастую приводят к различным психическим нарушениям, и в особенности к тревожным и депрессивным расстройствам. В наибольшей степени от симптомов депрессии страдают студенты женского пола.

Цель исследования: выявление распространенности депрессивных расстройств среди студентов первого курса Медицинского института ТулГУ. В нём приняло участие 118 человек.

Материалы и методы. Для проведения исследования были использованы следующие методики: диагностика депрессий по Бернсу, измерение степени выраженности астенического состояния (Л.Д. Малкова и Т.Г. Чертова); методика самооценки эмоциональных состояний (Уэссман А., Рикс Д.), диагностики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (САН).

Результаты. Умеренное депрессивное расстройство выявлено у 41,2% студентов, состояние на грани клинической депрессии – у 7,6%, умеренная

депрессия – у 7,8%, серьёзная депрессия – у 2%. Слабая астения выявлена у 33,3%, умеренная астения – у 15,2%, выраженная астения – у 16,7%.

По шкале «энергичность-усталость» в методике самооценки эмоциональных состояний результат менее 4 баллов был получен у 20,9% респондентов, что свидетельствует о том, что опрашиваемый чувствует себя усталым, вялым, медлительным. По шкале «приподнятость-подавленность»: 14,7% первокурсников чувствуют себя подавленными и угнетёнными.

По методике «Диагностика оперативной оценки самочувствия, активности и настроения»: плохое самочувствие выявлено у 23,2% респондентов, снижение настроения – у 17,5%, снижение активности – у 22%.

Выводы. Психоэмоциональное состояние студентов первого курса медицинского института является негативным фактором для активного участия в учебном процессе. Выявленный уровень распространённости астенических и депрессивных состояний является неблагоприятным прогностическим признаком в развитии психических и соматических заболеваний.

Таким образом, депрессивные расстройства в молодежной среде являются распространенной проблемой. Это приводит к нарушению работоспособности, а подчас и к самодеструктивному поведению молодых людей. По этой причине необходима своевременная психологическая диагностика, путем специальных тестов, а также профилактика и лечение депрессивных расстройств. Необходимо наличие кабинета психолога при каждом учебном заведении. При этом особый акцент нужно делать на психологическое состояние студентов первых и выпускных курсов.

ОЦЕНКА АНОМАЛЬНЫХ НЕПРОИЗВОЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ ПО ДАННЫМ ШКАЛЫ AIMS У ПАЦИЕНТОВ С АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННОЙ ТАРДИВНОЙ ДИСКИНЕЗИЕЙ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Вайман Е.Э.[1], Шнайдер Н.А.[1,2], Торговцев А.А.[3], Насырова Р.Ф.[1]

[1] НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург
[2] Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск
[3] Городская психиатрическая больница №1 им П.П. Кащенко
Санкт-Петербург

Введение: Экстрапирамидные расстройства формируют так называемый экстрапирамидный синдром (ЭПС), который характеризуется возникновением двигательных нарушений в результате повреждения базальных ганглиев и подкорково-таламических связей. Развитие ЭПС чаще опосредовано приемом антипсихотиков (АП) и относится к неврологическим АП-индуцированным нежелательным реакциям (НР), среди которых особой интерес представляет антипсихотик-индуцированная тардивая дискинезия (АИТД) в виде аномальных непроизвольных неритмичных хореиформных или атетоидных движений (гиперкинезов), возникающих во время приема АП или в течение 4-х недель после их отмены. Гиперкинезы при АИТД сохраняются в течение, по крайней мере, 4-х недель от ее дебюта. Средняя частота встречаемости АИТД в мире составляет 24,4%, но в ряде стран выше, включая Российскую Федерацию (50%) [1-3].

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости и характера аномальных непроизвольных движений, оцененных по русифицированной шкале Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS), у пациентов с шизофренией на терапии АП в режиме монотерапии.

Материалы и методы. Пилотное открытое обсервационное проспективное рандомизированное исследование проведено на базе СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им П.П. Кащенко». Нами были протестированы 76 пациентов, из которых 48 (63,1%) были мужчины и 28 (36,9%) – женщины, с диагнозом F20. Пациенты получали АП 1 и 2 генерации. Объем обследования: клинический неврологический; кинический психиатрический; оценка по шкале AIMS. В среднем, до начала проведения исследования пациенты принимали АП 25,7±50,0 дней. Средний возраст 34,27 ± 12,05 лет. Пациенты обследовались дважды (визит 1, визит 2) с разницей между визитами 8 недель. Все пациенты, включенные в настоящее исследование, на момент визита 1 принимали АП в режиме монотерапии, включая: оланзапин – 18 (23,68%); галоперидол – 14 (18,42%); палиперидон – 8 (10,52%); рисперидон– 7 (9,21%); арипипразол, клозапин,

луразидон– 5 (6,57%); кветиапин– 4 (5,2%); азалептин– 3 (3,9%); зипрасидон, левомепромазин– 2 (2,63%); аминазин, зуклопентиксол, сертиндол– 1 (1,31%). В ходе исследования 51 человек был исключен в виду смены терапии, либо по иным причинам. Таким образом, нами были оценены 27 человек в динамике (дважды). Все пациенты, оставшиеся в выборке, удовлетворяли критериям включения: возраст 18-60 лет; европиоидная раса; постоянное проживание в Северо-Западном и Поволжском регионах РФ; диагноз F20; прием АП в режиме монотерапии; подписание добровольного информированного согласия.

Результаты: Визит 1 (этап формирования общей выборки): по данным анализа шкалы AIMS, у 41 (53,9%) пациента отмечались непроизвольные аномальные движения (АИТД): 22 (28,9%) случая – минимальные проявления; 15 (19,7%) - легкой степени тяжести; 3 (3,9%) - средней степени тяжести; 1 (1,3%) - тяжелой степени тяжести. Гиперкинезы мимических мышцы выявлены у 21 (27,6%) пациента, губ и окружности рта - 6 (7,85%), нижней челюсти - 11 (14,7%), языка - 42 (55,2%), верхних конечностей - 5 (6,5%), нижних конечностей - 10 (13,1%), туловища - 1 (1,3%). У 4 (5,2%) пациентов отмечались ограничения дееспособности вследствие АИТД, 4 (5,2%) пациента осознавали наличие НР.

Визит 1 (после рандомизации выборки и ретроспективного исключения на этапе статистической обработки пациентов, которые оставались на монотерапии АП без корректоров в течение 8-недельного периода наблюдения - 27 человек) у 14 пациентов (51,8%) выявлены непроизвольные аномальные движения, в том числе: 4 (14,8%) – минимальные проявления; 9 (33,3%) - легкой степени тяжести; 1 (3,7%) - тяжелой степени тяжести. Гиперкинезы, вовлекающие мимические мышцы, выявлены у 9 пациентов (33,3%), мышцы нижней челюсти - 5 (18,5%), языка - 16 (59,2%), верхних конечностей - 2 (7,4%), нижних конечностей - 3 (11,1%), туловища - 1 (3,7%). У 1 (3,7%) пациента отмечались ограничения дееспособности вследствие аномальных движений (АИТД), 2 (2,7%) пациента осознавали наличие НР.

Визит 2 (после рандомизации выборки и ретроспективного исключения на этапе статистической обработки пациентов, которые оставались на монотерапии АП без корректоров в течение 8-недельного периода наблюдения - 27 человек) у 14 пациентов (51,8%) сохранялись непроизвольные аномальные движения без тенденции к нарастанию их степени тяжести: 10 (37,0%) - минимальные; 2 (7,4%) - легкой степени тяжести; 2 (7,4%) - средней степени тяжести. Гиперкинезы, вовлекающие мимические мышцы, были выявлены у 7 пациентов (25,9%), мышцы нижней челюсти - 2 (7,4%), языка - 15 (55,5%), верхних конечностей - 2 (7,4%), нижних конечностей - 1 (3,7%), туловища - 1 (3,7%). Через 8 недель ни у одного пациента не отмечались ограничения дееспособности вследствие аномальных движений, но лишь 1 (3,7%) пациент осознавал наличие НР.

Заключение. Результаты пилотного исследования свидетельствуют о том, что частота встречаемости непроизвольных аномальных движений, характерных для АИТД, у пациентов с шизофренией по данным шкалы AIMS составляет 53,9%, преимущественно минимальной и легкой степени, без статистически значимой тенденции к увеличению числа случаев и без статистически значимого нарастания степени тяжести за 8-недельный период наблюдения. Однако необходимо

увеличение объема выборки пациентов на монотерапии отельными АП для возможности сравнения их роли в развитии изучаемой неврологической НР.

Литература

1. *Вайман Е.Э., Шнайдер Н.А., Незнанов Н.Г., Насырова Р.Ф. Методы диагностики антипсихотик индуцированных экстрапирамидных расстройств. Сибирское медицинское обозрение. 2019; 5 (119): 5-13. DOI: 10.20333/2500136-2019-5-5-13*
2. *Вайман Е.Э., Шнайдер Н.А., Незнанов Н.Г., Насырова Р.Ф. Антипсихотик-индуцированная дискинезия как серьезная нежелательная побочная реакция психофармакотерапии шизофрении. Журнал Неврология, психиатрия, психосоматика. 2019; 11(4): 4–13. DOI: 10.14412/2074-2711-2019-4-4-13*
3. *Фармакогенетика антипсихотик-индуцированных экстрапирамидных расстройств / Н. А. Шнайдер, Е. Э. Вайман, Н. Г. Незнанов, Р. Ф. Насырова. — СПб.: Издательство ДЕАН, 2021. — 288 с.*

ОСОЗНАНИЕ БОЛЕЗНИ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПЕРЕЖИВАНИЯМИ СТИГМАТИЗАЦИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Васильченко К.Ф.[1], Жданова Ю.А.[2], Гашков С.И.[2]

[1] Омский государственный медицинский университет
[2] Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова
Омск

Актуальность. Согласно современным представлениям, стигма – это такой атрибут человека, который обусловливает формирование предубежденного отношения общества к его обладателю. Когда речь идет о душевных расстройствах, эти предубеждения вырастают больше на ожидании возможных странностей в поведении человека, чем на реальном негативном опыте общения с психически больными [1]. Перечисленные факторы, вместе с недостаточной информированностью населения о природе и проявлениях психических расстройств, приводят к поддержанию негативных стереотипов, таких как «психические заболевания неизлечимы», и «люди с психическими заболеваниями всегда общественно опасны» [2]. Это влечет за собой дополнительные последствия, среди которых нарушение социальной адаптации и снижение качества жизни больных [3–5], в то время как исследователи подчеркивают наличие корреляции между уровнем нейрокогнитивного функционирования и уровнем социальной адаптации больных шизофренией [6, 7]. На сегодняшний день, можно встретить пациентов, которые в большей мере имеют переживания в связи со стигмой, чем с проявлениями своего заболевания [8]. Хроническое психическое расстройство и связанное с ним осознание необходимости лечения психофармакологическими средствами ведут к изменению преморбидного представления о собственной личности, снижению самооценки [9]. Для шизофрении характерен высокий уровень самостигматизации, играющий важную роль в формировании уровня качества жизни пациентов [6]. Последние исследования показывают, что процесс формирования внутренней стигмы являет собой совокупность реакций пациента на социальную стигму, имеющую место в обществе, и на личный опыт восприятия проявлений психической болезни [9]. Таким образом, мы можем предположить, что важную роль в формировании внутренней стигмы и ее характера играет осознание пациентом проявлений своего заболевания. Осознание психического расстройства имеет сложную структуру, элементы инсайта обладают различной степенью выраженности [10]. От этого может зависеть комплаенс пациента, а также эффективность реабилитационных мероприятий [11, 12]. Принимая во внимание все вышесказанное, можно отметить, что изучение связей между осознанием и самостигматизацией представляется достаточно актуальным для психиатрической науки.

Цель данного исследования заключалась в изучении взаимосвязи между уровнем внутренней стигмы и критическими способностеями пациентов с

шизофренией для последующей разработки дифференцированных программ реабилитации.

Материал и методы. Исследование проводится на базе Клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова. Выборка представлена 115 пациентами с установленным диагнозом параноидной шизофрении, согласно критериям МКБ-10; их них 53% (n=61) мужчин и 47% (n=54) женщин. Медиана возраста участников исследования составила 35 [26,0; 40,0] лет. Оценка выраженности переживаний внутренней стигмы проводилась с помощью ПО «SS Measure» и «Шкалы самостигматизации при психических заболеваниях» – ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness) [13]. Для оценки уровня осознания заболевания использовалась шкала SUMD [14].

Результаты и обсуждение. Показатели общего балла внутренней стигмы не обнаружили статистически значимых корреляционных взаимосвязей с уровнем осознания болезни. Однако следует отметить, что аутопсихическая форма имела слабую отрицательную корреляцию со средним баллом осознания болезни (Ro=-0,311, p=0,021). В данном случае, можно предполагать, что аутопсихическая форма самостигматизации тем более выражена, чем ниже показатель осознания болезни, то есть выше критические способности пациента. Аутопсихическая форма обнаружила слабую отрицательную корреляционную связь с показателем осознания эффекта от проводимого лечения (Ro=-0,359, p=0,008) и с осознанием необходимости его проведения (Ro=-0,330, p=0,014). Не были обнаружены статистически значимые корреляции компенсаторной и социореверсивной форм самостигматизации с показателями критических способностей пациентов. Общий уровень внутренней стигмы, определенный с помощью шкалы ISMI, имел некоторую корреляционную связь с определенными разделами шкалы SUMD. Так, нами были обнаружены отрицательные корреляционные связи общего показателя самостигматизации с такими параметрами, как: общее представление о психическом расстройстве (Ro=-0,375, p=0,005), осознание необходимости лечения (Ro=- 0,307, p=0,022), осознание эффекта медикаментозной терапии (Ro=-0,416, p=0,002). Анализируя анамнестические сведения пациентов с выраженными критическими особенностями и имеющих преобладание аутопсихической формы самостигматизации, нужно обратить внимание на их высокую комплаентность. Важно отметить, что у пациентов с шизофренией аутопсихическая форма стигмы чаще является проявлением дефицита, чем аффекта, в отличие от непсихотических психических расстройств [9]. Учитывая это, а также отсутствие взаимосвязи компенсаторной и социореверсивной форм стигмы с показателями осознания болезни, мы можем говорить о подтверждении результатов, полученных в ходе других исследований [13, 14]. При изучении пары «осознание социальных последствий заболевания/ общий показатель самостигматизации» обнаруженные корреляции также достигли уровня статистической значимости (Ro=-0,306, p=0,026). Эти данные позволяют предположить, что самостигматизация в определенной степени сопряжена с осознанием социальных последствий, возникших по причине возникновения болезни.

Выводы. Таким образом, предварительно полученные данные позволяют говорить о некоторой связи между критическими способностями и внутренней

стигмой пациентов, а также о связи осознания психического расстройства с аутопсихической формой самостигматизации. Кроме того, установлена связь между уровнем осознания психического расстройства и качеством жизни пациентов. Для уточнения необходимо продолжить проведение исследования на выборке большего размера, и, кроме того, важно выявить наиболее значимые симптомы заболевания, влияющие на выраженность критических способностей. Полученные результаты позволят разработать индивидуальные дифференцированные программы реабилитации, направленные на повышение уровня осознания болезни и снижение выраженности переживаний внутренней стигмы у пациентов с шизофренией.

Литература

1. *Link B.G., Struening E.L., Rahav M., Phelan J.C., Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. J Health Soc Behav. 1997 Jun; 38(2): 177–90.*
2. *Ястребов В.С. Охрана психического здоровья населения – приоритетная задача государства и всего общества. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2001; 3: 29–35.*
3. *Логвинович Г.В., Семке А.В. Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении. Томск, 1995. 216 с.*
4. *Серебрийская Л.Я. Факторы стигматизации психически больных: дис. ... канд. психол. наук. М., 2005. 177 с.*
5. *Положий Б.С., Руженкова В.В. Стигматизация и самостигматизация больных шизофренией и шизоаффективным расстройством с суицидальным поведением. Научные ведомости БелГУ. Сер. Медицина. Фармация. 2015; 4(29): 49–56.*
6. *Тараканова Е.А., Оруджев Н.Я. Самостигматизация и качество жизни при шизофрении: корреляционные взаимоотношения. Дальневосточный медицинский журнал. 2010; 2: 78–80.*
7. *Шмуклер А.Б. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных в современных условиях. Сборник материалов научно-практической конференции «Региональный опыт модернизации психиатрических служб». М., 2017; 13–18.*
8. *8. Абрамов В.А., Абрамов А.В. Историческая периодизация отношения общества к душевнобольным. История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы No 15 (Сабуровой дачи). Харьков, 1994; 1: 13–14.*
9. *9. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 21 с.*
10. *Amador X., Kronengold H. The descriptions and meaning of insight in psychosis. Insight and psychosis. 1998; 15–32.*
11. *Крупчеко Д.А., Котляр М.Э. Инсайт как посредник между стигмой и депрессией у пациентов, страдающих шизофренией. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2012; 3(9): 6.*
12. *Семке А.В., Микилев Ф.Ф. Клинико-социальные характеристики пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013; 5: 40–43.*

13. *Ritsher J.B., Otilingam P.G., Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. Psychiatry Res. 2003 Nov 1; 121(1): 31–49. doi: 10.1016/j.psychres.2003.08.008.*
14. *Amador X.F., Strauss D.H. The Scale to asses Unawareness of Mental Disorder (SUMD). Columbia University and New York State Psychiatric Institute. 1991.*
15. *Васильченко К.Ф., Дроздовский Ю.В. Социальное функционирование и адаптация пациентов с первым психотическим эпизодом: внутренняя стигма и социально-психологические факторы. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018; 3: 10–15.*
16. *Титухин Н.В. Самостигматизация больных с аффективными расстройствами. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019; 2(46): 75–83.*

SBIRT: МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ (ЗЛО)УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Ветрова М.В., Блохина Е.А.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова
Санкт-Петербург

Актуальность. Употребление и злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) - факторы социального и демографического кризиса в РФ. Неудивительно, что одним из направлений работы национального проекта «Демография» является федеральный проект «Укрепление общественного здоровья» (2019-2024 гг.), направленный на «формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек». Задача проекта - принятие нормативных актов, основанных на рекомендациях Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и направленных на «снижение вредного потребления алкоголя и борьбу с курением» (п. 1.14). Одним из рекомендованных ВОЗ [World Health Organization (WHO), 2002] подходов по организации помощи с целью выявления и профилактики вредных последствий, связанных с употреблением алкоголя, является модель «Скрининг, краткосрочное консультирование и направление на получение специализированной помощи» (англ. SBIRT model: Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment). Несмотря на противоречивость результатов исследований эффективности SBIRT в отношении лиц, употребляющих наркотики, хорошо известно об эффективном применении модели «Скрининга и краткосрочного консультирования» (SBI: Screening and Brief Intervention) для выявления пагубного употребления алкоголя (более 50 рандомизированных клинических исследований [РКИ] и около 15 мета-анализов). Кроме того, данный подход активно внедряется в Бразилии, Соединенном Королевстве, Германии и Норвегии [Solberg, Maciosek, Edwards, 2008].

Цель. Данная работа описывает 1) концептуальную модель SBIRT и 2) проблемы и перспективы для реализации программы SBIRT в России.

Методы. Литературный обзор.

Результаты. Модель SBIRT включает пять компонентов: 1) сервис (пре-скрининг, скрининг, выявление других рисков [наличие психических расстройств, домашнее насилие], краткосрочное консультирование и лечение, направление на наркологическое лечение, дополнительные услуги); 2) место проведения (стационар, амбулатория, городская или сельская местность); 3) характеристики сотрудников (образование, личные характеристики, опыт проведения краткосрочного консультирования, философия лечения); 4) характеристики пациентов (демографические показатели, юридические проблемы, состояние физического и психического здоровья, опыт лечения); 5) организационную

структуру (клинические рекомендации, образование сотрудников, наставничество и оценка работы персонала, административная поддержка, планирование ресурсов) [Boca Del и др., 2017]. В настоящее время нет единой стандартизированной модели. Существует ряд барьеров для внедрения модели SBIRT, включая структурные (со стороны системы здравоохранения и организации медицинской помощи) и индивидуальных (на уровне пациента/клиента). Для имплементации модели в клиническую практику необходимы: 1) эмпирические доказательства (данные РКИ), 2) образование (навыки скрининга и консультирования) и 3) денежная компенсация за оказанные услуги. Опыт внедрения модели SBIRT в США показывает, что ограничение времени, выделенного на прием пациента, является наиболее существенным барьером. Для государственных медицинских учреждений России данный барьер также актуален. Решением проблемы может быть организация разделения процедур между медицинскими сотрудниками. Со стороны пациента основной барьер - это употребление ПАВ как элемент социальной жизни или как «самолечение» эмоциональных расстройств, что указывает на низку обращаемость за необходимой психиатрической помощью в силу стигматизации.

Вывод. Несмотря на существование модели, способной решить некоторые задачи проекта «Укрепление общественного здоровья», необходимо проведение исследований по внедрению модели SBIRT в различные медицинские учреждения и оценка их результатов при применении модели в клинической практике, а также для расширения теоретических знаний.

Литература

1. *Boca F. K. Del и др. The SBIRT program matrix: a conceptual framework for program implementation and evaluation // Addiction - 2017. - № 112 - С. 12–22. - https://doi.org/10.1111/add.13656.*
2. *Solberg L. I., Maciosek M. V., Edwards N. M. Primary Care Intervention to Reduce Alcohol Misuse. Ranking Its Health Impact and Cost Effectiveness // Am. J. Prev. Med. - 2008. - № 34 (2) . - https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.09.035.*
3. *World Health Organization (WHO). Screening and brief intervention for alcohol problems in primary health care [Электронный ресурс]. URL: https://www.who.int/substance_abuse/activities/sbi/en/.*

РЕЧЕВОЙ ПЕРФЕКЦИОНИЗМ КАК МИШЕНЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МОЛОДЕЖИ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

Воликова С.В.[1], Горшкова Е.Н.[2]

[1] Московский НИИ психиатрии – филиал НМИЦ ПН им. В.П. Сербского
[2] Московский государственный психолого-педагогический университет
Москва

Актуальность. Социальная тревожность возникает в ситуациях социального взаимодействия и выражается в виде дискомфорта и торможения в межличностных ситуациях, особенно в случаях, предполагающих оценку авторитетными, значимыми лицами, и в виде страха негативной оценки. Жалобы на социальные страхи и тревожность встречаются как в популяции, так и у пациентов с различными психиатрическими диагнозами. Количество жалоб на социальные страхи растет, т.к. современный человек порой вынужден активно коммуницировать, несмотря на свое желание или нежелание, а также несмотря на личностные особенности. Исследования, психологические консультации и психотерапия показывают, что у людей разного возраста с социальными страхами часто встречаются жалобы на недовольство собственной речью, много переживаний о том, что и как можно сказать, что собеседники воспримут речь говорящего как речь с ошибками, а его самого оценят как говорящего «глупости». Люди с высокой социальной тревогой склонны предъявлять завышенные требования к качеству своей речи, например, в любых ситуациях социального контакта (когнитивная модель социальной тревоги R.M. Rapee, R.G. Heimberg и D.M. Clark, A. Wells). В основу исследований была положена многофакторная модель расстройств аффективного спектра А.Б. Холмогоровой, Н.Г. Гаранян, исходя из которой, можно говорить о связи социальной тревоги и неадаптивного перфекционизма. Для выявления специфических перфекционистских речевых установок используется понятие речевого перфекционизма. Под речевым перфекционизмом понимаются перфекционистские убеждения относительно устной речи (ее плавности, стройности, грамотности).

Цель исследования - исследование связи речевых перфекционистских установок с эмоциональным неблагополучием (тревогой и депрессией), социальной тревогой, общими перфекционистскими установками.

Выборка: В исследовании приняли участие 137 испытуемых в возрасте 18-25 лет. Все испытуемые были разделены на группы с высоким, средним и низким уровнем социальной тревожности.

Методы. Методический комплекс, кроме первичного интервью, состоял из опросников, направленных на выявление эмоционального неблагополучия (шкала тревоги А. Бека, шкала депрессии А. Бека), дисфункциональных личностных установок (опросник перфекционизма (Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова),

оригинальный опросник речевого перфпкционизма (Горшкова Е.Н., Воликова С.В.), Шкала социального избегания и дистресса (SADS; Watson, Friend), Шкала страха негативной оценки (FNE; Watson, Friend)).

Результаты: Выявлены значимые различия по выраженности речевого перфекционизма между группами испытуемых с низким и высоким уровнем социальной тревоги (p=0,005 по Манна-Уитни) и между группами со средним и высоким уровнем социальной тревоги (p=0,041 по Манна-Уитни). Это значит, что выраженный речевой перфекционизм наблюдается у людей при высокой социальной тревожности. А для людей с низким и средним уровнем он не так актуален (что подтверждается сравнением медиан критерию Краскела-Уоллиса). Чем выше перфекционизм в отношении речи, тем негативнее оценивает собственную речь человек, тем выше у него общий уровень тревоги и чаще встречается депрессивная симптоматика.

Обсуждение результатов и выводы. Неадаптивный речевой перфекционизм может играть важную роль в поддержании социальной тревоги у социально тревожных людей. Речевой перфекционизм приводит к постоянному мониторингу качества устной речи, сверхбдительности при говорении, речевой дезорганизации. Такой человек, даже не имея выраженных речевых нарушений, может говорить с запинками, может быть косноязычен, постоянно проверяет себя, фиксирует все свои неточности и огрехи в речи, что повышает его общую и социальную тревогу, т.к. он может считать, что другие также фиксируют все его речевые недочеты, оценивают его речь и отвергнут его, если он плохо говорит.

Результаты данного исследования подтверждают необходимость выделения высокой социальной тревожности и неадаптивного перфекционизма в качестве мишеней психотерапевтической работы. Когнитивно-поведенческая терапия доказала свою эффективность при работе с обозначенными факторами. В качестве методов КБТ в работе с пациентами с социальной тревогой чаще всего используются классические методы в виде работы с негативными автоматическими мыслями и дисфункциональными базовыми убеждениями, релаксация, навыки фокусировки и переключения внимания, поведенческие эксперименты.

СТИГМАТИЗАЦИЯ ЛЮДЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ПРЕДРАССУДКИ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ В ОТНОШЕНИИ СВОИХ ПАЦИЕНТОВ

Гельбинг Д.А., Безрукова Е.А., Данилкова Е.В., Сукасян А.Г., Федина Т.В.

Специализированная клиническая психиатрическая больница №1
Краснодар

Актуальность. Отношение общества к лицам с психическими заболеваниями менялось в разные эпохи. В периоды, когда люди становятся толерантнее к представителям разных девиантных групп (в т.ч. совершившим серьезные правонарушения), следует ожидать подобной тенденции и в отношении к людям, страдающим от душевных болезней. Однако результаты опроса ВЦИОМ от 2014 г. демонстрируют совершенно иную картину: в сравнении с 1989 г., на 10% снизилась доля населения, считающая, что людям с психическими заболеваниями следует оказывать помощь; больше респондентов полагали, что представителей этой стигматизированной группы следует изолировать от общества, а ещё 5% посчитали, что психически больных необходимо ликвидировать. В опросе ВЦИОМ от 2018 г., посвящённому лицам, страдающим шизофренией, 38% респондентов также высказались о необходимости находиться подальше от общества таким людям.

Цель и задачи исследования: исследовать, как информированность в отношении психических заболеваний и практический опыт общения с людьми, имеющими психические заболевания, влияет на отношение к ним.

Материал и методы исследования. В исследовании принял участие 31 врач-психиатр, работающий в государственных медицинских организациях. Использован метод интервью, в процессе которого специалистам задавались вопросы, уточняющие их отношение к людям с психическими заболеваниями в разных социальных ситуациях, а также сбор мнений в отношении такого явления, как стигматизация.

Результаты. Только 2 человека (6,5%) из исследуемой группы высказали опасения в отношении людей, страдающих психическими заболеваниями. Своё мнение врачи объяснили ухудшением эмоционального состояния, в связи с интенсивным режимом работы, негативным опытом общения с тяжелыми пациентами.

16 человек (51,6%) выступили категорически против предвзятого отношения к таким лицам, т.к. оно значительно затрудняет возможность адаптации психиатрических пациентов в социуме, ухудшает прогноз их заболевания, что может привести к прогрессированию заболевания, нарастающим проблемам коммуникации с окружающим миром. Однако, половина респондентов при дальнейшем расспросе отметили, что не хотели бы с жить по соседству с такими людьми. В 6 из 8 случаев специалисты отметили, что их решение бы зависело от

непосредственно психического состояния такого соседа, остальные 2 сообщили, что беспокоятся о сохранности личных границ.

7 респондентов (22,5%) охарактеризовали стигматизацию в целом как патологический феномен, нехарактерный для цивилизованного общества. В объяснении причин своей позиции по данному вопросу они допустили определённую систему ценностей, привитую им в семье и основных кругах общения. Ещё 6 специалистов (19,3%) высказали мнение, что общение с пациентами редко отличается от повседневных диалогов с окружающими людьми. Эти респонденты признали, что имели некие предрассудки в отношении стигматизируемой группы, однако мысли подобного характера дезактуализировались при получении соответствующих информации и опыта. 2 врача-психиатра (6,5%) высказались категорически против стигматизации лиц, обращающихся за психиатрической помощью, подчеркнув, что предвзятость к нашим пациентам приводит к такой же предвзятости в отношении психиатрии, снижая её престиж среди других медицинских дисциплин, и работников сферы психического здоровья соответственно.

29 респондентов высказались против стигматизации людей, страдающих психическими заболеваниями, в качестве источника предрассудков предположив недостаточную информированность общества в вопросах психического здоровья. Остальные 2 респондента причиной стигматизации назвали особенности поведения некоторых пациентов: жалобы в прокуратуру и министерства по бредовым мотивам или с целью получения вторичных выгод, агрессивное поведение в отношении окружающих.

Выводы. Среди специалистов, обладающих знаниями в области психического здоровья, опытом общения с людьми, страдающими психическими болезнями, отмечается заметно более лояльное отношение к стигматизированной группе, чем в общей популяции, что позволяет рассматривать просветительскую деятельность, как эффективный инструмент дестигматизации, необходимой для повышения уровня социальной адаптации наших пациентов.

Литература

1. *Косенко Н.А., Красильников Г.Т., Косенко В.Г., Агеев М.И. Истоки психиатрической стигматизации и её перспективы // Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. - №3 (152). – С.58-61.*
2. *Официальный сайт АО «Всероссийский центр изучения общественного мнения»: URL: wciom.ru (дата обращения: 15.05.2021).*
3. *Карташова Е.Г. Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Томской области «О соблюдении прав лиц, страдающих психическими расстройствами, в Томской области. - Томск, 2015г. – URL: http://ombudsman.tomsk.ru/docs/report/reportsp/ (дата обращения: 15.05.2021).*

ВЛИЯНИЕ САМООЦЕНКИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ НА СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Герасимова В.И., Меднова И.А., Корнетова Е.Г.

Научно-исследовательский институт психического здоровья
Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН
Томск

Актуальность. Среди пациентов, страдающих шизофренией, суицидальный риск значительно выше, чем среди здоровых лиц; 20-50% больных шизофренией совершают суицидальные попытки в течение жизни [1], смертность по причине самоубийства в данной когорте, в среднем, составляет 5%, что почти в 10 раз выше, чем в общей популяции [2]. Известно, что шизофрении свойственны нарушения социального функционирования и снижение социальной адаптации. Кроме того, существенная роль для адаптации отводится чувству удовлетворения пациентов от имеющегося положения в обществе, субъективным оценкам пациентов, и их соответствию реально сложившейся ситуации. Актуальность работы обусловлена недостаточным объемом данных о связи уровня социальной адаптации как комплекса макро- и микросоциальных факторов и суицидального риска у больных шизофренией.

Цель: изучить влияние самооценки социальной адаптации на суицидальный риск у больных шизофренией

Материалы и методы. 68 пациентов с диагнозом шизофрении, согласно критериям МКБ-10, были включены в исследование. Оценка суицидального риска проводилась с помощью Шкалы безнадежности Бека [3]. Шкала самооценки социальной адаптации (The Social Adaptation Self-evaluation Scale – SASS) использовалась для оценки социального функционирования [4]. Шкала позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) [5] в адаптированной русской версии – SCI-PANSS [6] применялась с целью объективной оценки выраженности симптомов основного расстройства. В зависимости от субъективного уровня социальной адаптации было выделено две группы исследуемых: в первую группу были включены лица с низкой социальной адаптацией (<35 баллов по шкале SASS); во вторую группу – лица с высоким уровнем социальной адаптации (35-60 баллов по шкале SASS). Использовались t-критерий Стьюдента для независимых выборок, критерий Манна-Уитни, $\chi 2$-критерий Пирсона для сравнения выборок.

Результаты. В группе больных шизофренией с низким уровнем самооценки социальной адаптации уровень безнадежности был выше, чем в группе больных с высоким уровнем самооценки социальной адаптации ($p=0,014$). В то же время, такие объективные показатели социальной адаптации как уровень образования, семейное положение, социальный статус, значимо не различались в обеих группах.

Выводы. Можно предположить, что связь безнадежность и суицидального риска с социальной адаптацией в большей степени зависит не от объективно фиксируемого ее уровня, а от субъективного переживания имеющегося уровня адаптации как низкого или высокого.

Литература

1. *Cassidy R.M, Yang F., Kapczinski F., Passos I.C. Risk factors for suicidality in patients with schizophrenia: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 96 studies. Schizophrenia Bulletin. 2018; 44(4):787-797. DOI: 10.1093/schbul/sbx131*
2. *Healy D., Harris M.., Tranter R, Gutting P., Austin R., Jones-Edwards G., Roberts A.P. Lifetime suicide rates in treated schizophrenia: 1875-1924 and 1994-1998 cohorts compared. The British Journal of Psychiatry. 2006;188:223-228. DOI: 10.1192/bjp.188.3.223*
3. *Beck A.T., Steer R.A. Clinical predictors of eventual suicide: a five to ten-year prospective study of suicide attempters. Journal of Affective Disorders. 1989;17:203-209. DOI: 10.1016/0165-0327(89)90001-3*
4. *Bosc M.., Dubini A., Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. European Neuropsychopharmacology. 1997;7:57-70. DOI: 10.1016/s0924-977x(97)00420-3*
5. *Kay S.R, Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 1987;13(2):261–276. DOI: 10.1093/schbul/13.2.261*
6. *Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М.: Новый цвет, 2001.*

ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕГАТИВНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА И МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Горбунова О.В.

НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург

Актуальность. Мотивация к лечению является важнейшей составляющей эффективности терапии и становления ремиссии во всех направлениях клинической медицины. Ряд исследователей занимаются изучением взаимосвязи пережитого неблагоприятного детского опыта и психологического статуса пациентов с психическими расстройствами (Лутова Н.Б. и др., 2020). Разработка данной проблемы остаётся перспективной для облегчения формулирования прогноза заболевания на стадии изучения анамнеза жизни пациента, а также формирования группы риска по возможному преждевременному прекращению психофармакотерапии на амбулаторном этапе лечения.

Цель исследования – изучение взаимосвязи негативного детского опыта (НДО) больных тяжёлыми психическими расстройствами с характеристиками их мотивации к лечению. Задачи: 1) сравнение альтернативных опросников для оценки НДО и выявление наиболее валидного для цели данного исследования, 2) проведение диагностики НДО у взрослых, 3) сопоставление структуры НДО в группах сравнения - у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами и условно здоровых, 4) выявление взаимосвязей между перенесенным НДО и структурой мотивации к лечению.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 человек: 27 мужчин, 33 женщины. Средний возраст составил 26 лет (от 18 до 62 лет). Больные психическими расстройствами, находившиеся на лечении в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева и СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко» (исследуемая группа) – 30 человек: с диагнозами, кодируемыми в рубрике F2 МКБ-10 – 18 человек, F3 – 9 человек, F0 – 3 человека. Также обследованы 30 человек, ранее не наблюдавшихся у психиатра и не имеющих установленного психического заболевания (группа контроля). Применялись клиническое интервью, «малый» опросник неблагоприятного детского опыта (НДО) (Лутова Н.Б. и др., 2020), «развёрнутый» опросник НДО (Катан Е.А., 2019), опросник оценки мотивации к лечению (ОцМЛ) (Sorokin M.Yu. et al., 2017). Корреляционный анализ и описательные статистики описаны с помощью пакета программ SPSS 23.0.

Результаты. Только в 60% случаев выраженность НДО по альтернативным инструментам его оценки совпадала. При этом «развёрнутый» опросник Е.А. Катан представлял более широкий спектр различных НДО, фиксировал не только факт наличия или отсутствия конкретного опыта, но его частоту. Это снижало риск

получения социально-нормативных ответов, в связи с чем дальнейший анализ проводился на его основе: меньшие баллы означали выраженный НДО. Примечательно, что опросник Е.А. Катан имел большую чувствительность в исследовательской, но не контрольной группе.

В исследовательской группе распространенность НДО составила 96,7%. Несмотря на то, что в группу контроля входили лица, имеющие преимущественно высшее образование и стабильную трудовую занятость, большинство опрошенных (83,3%) также указывали не менее одного факта НДО. Таким образом, неблагоприятный детский опыт широко распространен среди всего населения. Половина контрольной группы отрицала наличие опыта издевательств в среде ровесников, что, в сравнении с данными исследуемой группы (83,3%), свидетельствует: лица с психическими расстройствами хуже социализированы ещё в детском возрасте, задолго до манифестации заболевания.

Для пережитого физического насилия в семье были выявлены следующие корреляции: с формированием внешней мотивации к лечению (p=0,03 r=0,397) и с субъективным осознанием необходимости лечения (p=0,03 r=0,403). Менее выраженные корреляции выявлены между перенесенным физическим насилием в семье и формированием у пациентов внутренней мотивации к лечению (p=0,05 r=0,36), а также субъективным осознанием психологического механизма болезненной дезадаптации (p=0,05 r=0,36). Прямая корреляция была также выявлена между перенесенным опытом издевательств в среде ровесников и формированием устойчивой внутренней мотивации к лечению (p=0,04 r=0,517).

Выводы. Пережитый негативный детский опыт не является специфичным лишь для лиц с психическими расстройствами, однако связан с ухудшением мотивации взрослых пациентов психиатрического профиля к лечению.

Литература

1. *Катан Е.А. Использование международного опросника неблагоприятного детского опыта для выявления психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2019. – Т. 11, № 2(55) [Электронный ресурс]. – URL: http://mprj.ru (дата обращения: 16.03.2021).*
2. *Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Новикова К.Е., Портениер С.Н., Вид В.Д. Неблагоприятный детский опыт как фактор самостигматизации больных шизофренией. // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология, 2020, том 11, № 4. С. 665-675.*
3. *Sorokin M.Yu., Lutova N.B., Wied V.D. The Role of Treatment Motivation Subsystems in the Overall Structure of Compliance in Patients Undergoing Psychopharmacotherapy. // Neuroscience and Behavioral Physiology. — 2017. — Vol. 47. — Issue 8. — P. 890–894.*

АССОЦИАЦИЯ НОСИТЕЛЬСТВА ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ВАРИАНТА RS1045642 ГЕНА *MDR1* С РАЗВИТИЕМ АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Добродеева В.С.[1], Шнайдер Н.А.[1], Торговцев А.А.[2], Насырова Р.Ф.[1,2]

[1] НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
[2] Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко
Санкт-Петербург

Актуальность: Выявление значимых генетических предикторов риска развития антипсихотик-индуцированных метаболических нарушений является важной задачей для персонализированной медицины. Нежелательные реакции (НР) при приеме антипсихотиков (АПС) часто служат причиной нарушения режима терапии и значительного снижения качества жизни пациентов с психическими расстройствами [1]. Важным фактором оценки ассоциации носительства однонуклеотидных вариантов (ОНВ) в генах-кандидатах и развитием НР является этническая характеристика выборки. Гликопротеин Р кодируется геном *MDR1* и участвует в транспорте активных веществ в центральной нервной системе (ЦНС) [2]. Во многих зарубежных исследованиях была установлена ассоциация ОНВ гена *MDR1* с антипсихотик-индуцированным набором веса.

Цель: Изучение роли носительства ОНВ гена *MDR1* (rs1045642) в развитии метаболических нарушений при приеме АПС в режиме монотерапии у пациентов с шизофренией, постоянно проживающих на территории Северо-Западного региона и Республики Татарстан Российской Федерации.

Материалы и методы: В проспективное исследование были включены 117 взрослых мужчин и женщин, имеющие расстройства шизофренического спектра (F2 по МКБ-10) без хронических соматических расстройств в стадии декомпенсации, постоянно проживающих на территории Северо-Западного региона и Республики Татарстан Российской Федерации. Критериями включения были: 1) Диагноз F2 по МКБ-10; 2) Прием АПС в режиме монотерапии; 3) Возраст 18-55 лет; 4) Подписанное добровольное информированное согласие. Критериями исключения являлись: 1) Отказ от подписания добровольного информированного согласия; 2) Получение других психотропных препаратов; 3) Наличие органического поражения головного мозга, сахарного диабета, наличие в стадии декомпенсации заболеваний щитовидной железы, печени, почек.

Проспективное исследование включало 2 визита, на которых были изучены антропометрические и биохимические показатели у обследованных пациентов: 1 визит – до начала терапии АПС; 2 визит – через 6-8 недель после начала терапии. Было проведено молекулярно-генетическое исследование для определения носительства ОНВ rs1045642 гена *MDR1*. Были произведены биохимические рутинные методы диагностики метаболических нарушений: концентрация в

сыворотке крови глюкозы, триглицеридов, холестерина, липопротеидов очень низкой, низкой и высокой плотности.

Результаты: Средний возраст составил 33,55±1,95 лет. Средний возраст появления симптомов психического расстройства составил 25,75±1,73 лет, средний возраст обращения за психиатрической помощью – 30,76±4,76 лет, средний возраст начала приема АПС – 25,75±1,73 года. Пациенты согласно критериям включения принимали АПС I или II генерации в режиме монотерапии. Исходные антропометрические и биохимические характеристики между группами не различались (p>0,05). В проспективном исследовании выявлены частоты генотипов для ОНВ rs1045642 гена гликопротеина Р *MDR1*: у 27,35% – T/T, у 53,85% – T/C и 18,80% – C/C. Распределение частот соответствовало закону Харди-Вайнберга (X2=0,95; p=0,34); частоты аллелей: T – 54,27%, C – 54,73%. Далее все включенные в проспективное исследование пациенты независимо от принимаемого АПС были распределены на 2 группы: 1 группа – 25 пациентов, у которых за время исследования было зарегистрировано изменение массы тела на 7% и более от исходной величины (при визите 1), и 2 группа – 92 пациента, у которых изменение массы тела составило менее 7%.

При анализе ассоциации носительства генотипа по ОНВ rs1045642 гена *MDR1* с развитием метаболических нарушений установлены следующие результаты: аллель C (OR=1,39; Cl=0,70-2,75; p>0.05; RR=1,28; Cl=0,76-2,13; p>0,05), аллель T (OR=0,71; Cl=0,36-1,42; p>0,05; RR=0,78; Cl=0,46-1,30; p>0,05).

Выводы: В нашем исследовании не было установлено ассоциации носительства ОНВ rs1045642 гена *MDR1* с антипсихотик-индуцированными метаболическими нарушениями. Планирование и реализация многоцентровых российских исследований с включением пациентов различных этнических групп, проживающий на территории Российской Федерации, будут способствовать расширению понимания механизмов развития НР при приеме АПС и развитию персонализированного подхода в назначении терапии.

Литература

1. *Blackburn G.L. Weight gain and antipsychotic medication. Journal of Clinical Psychiatry. 2000; 61(8):36-41.*
2. *Kuzman M.R., Medved V., Bozina N., Grubišin J., Jovanovic N., Sertic J. Association study of MDR1 and 5-HT2C genetic polymorphisms and antipsychotic-induced metabolic disturbances in female patients with schizophrenia. The Pharmacogenomics Journal. 2011; 11:35-44.*

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ПЕРВИЧНЫХ ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Залуцкая Н.М., Пальчикова Е.И., Петрухина А.А.

НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург

Актуальность: Россия находится в общемировом демографическом тренде глобального старения населения. По состоянию на 2020 год доля людей в возрасте 65 лет и старше в населении России составила 15,5 %. Закономерным следствием становится возрастание социальной значимости психической патологии позднего возраста, остающейся часто за пределами психиатрического взгляда. Тем не менее, поздний возраст и ассоциированные состояния являются факторами риска социальной дезадаптации, а своевременная диагностика расстройств психиатрического профиля способно снизить бремя болезней этого возраста, а также улучшить качество жизни этой группы населения.

Цель: изучение психических расстройств и проблем социального функционирования у пациентов, первично обращающихся в гериатрическую службу.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование и анализ медицинской документации 204 пациентов, обратившихся за медицинской помощью на прием к врачу гериатру Городского гериатрического медико-социального Центра; из них 37 человек отобраны для дальнейшего исследования, у всех получено добровольное информированное согласие. Программа исследования включала применение психометрических шкал, рассчитанных на использование в геронтопсихиатрии (MMSE, тест рисования часов, гериатрическая шкала депрессий, шкала Цунга, GAF).

Полученные результаты. У 18% проанкетированных пациентов встречались психические нарушения аффективного и когнитивного плана. В подавляющем большинстве случаев (93,7%) на прием гериатра обращались пациенты с умеренно выраженными (непсихотическими) психическими расстройствами. Наличие когнитивных нарушений (КН) устанавливалось на основании результатов опросника «Краткая шкала оценки психического статуса» (MMSE), рисования часов. Все обследуемые задание понимали и выполняли, с увеличением возраста отмечалось снижение способности нарисовать циферблат и расположение цифр на нём, рисование стрелок часов с указанием времени страдало во всех группах, наиболее выраженные изменения в группе старшего возраста 80-84 лет.

Выявлена прямая корреляционная связь (коэффициент корреляции Спирмена 0,671; p= 0,02) между шкалой GAF и шкалой MMSE, которая может говорить о том, что вместе со снижением когнитивных функций идёт ухудшение социального

функционирования. КН имеются во всех группах, степень деменции нарастает с возрастом; в основном деменция с поражением лобных и подкорковых структур.

Выраженные когнитивные нарушения, достигавшие степени деменции и осложненные явлениями психической спутанности отмечались у 2 пациентов (5,4% от общего числа наблюдений). Чем более выражены изменения психического статуса при деменции, тем хуже социальное функционирование пациента по GAF (коэффициент корреляции Спирмена -0,512; p= 0,001) .В клинической картине у этих больных выявлены признаки двигательного беспокойства и фрагментарные зрительные галлюцинации, особенно в ночное время. В связи с этим для дальнейшего осмотра и наблюдения данные пациенты были направлены к психиатру. Альцгеймеровского типа деменции выявлено не было. Причина данных изменений связана с органической природой поражения сосудов (атеросклеротические и дисметаболические), которая имела место у всех пациентов.

Депрессия разной степени выраженности была диагностирована у всех пациентов. Чаще и более глубокой степени выраженности депрессии были подвержены неработающие пожилые люди с низким уровнем дохода, депрессия у женщин была выражена в более глубокой степени тяжести. Оценка выраженности депрессивного синдрома проводилась с использованием Шкалы Цунга (коэффициент корреляции Спирмена -0,326; p= 0,049) с тестом рисования часов. Таким образом, более выраженное когнитивное снижение было ассоциировано с более выраженными депрессивными симптомами. Корреляционный анализ шкалы Цунга с опросником MMSE также характеризуется обратной корреляционной зависимостью (коэффициент корреляции Спирмена -0,424; p= 0,009). Проявления депрессии сопровождались состоянием тревоги, напряжённости, подавленности. Глубина депрессии связана и с развившейся пандемией: вынужденной изоляцией, отсутствием возможности общаться с близкими и друзьями, страхом болезни и смерти. Обращает на себя внимание, что к врачу обращаются люди, имеющие высшее и среднее образование, т.е. те, кто может оценить наступающие изменения, обращаясь за помощью и проведением коррекционных мероприятий.

Выводы:

1. Основное место среди психических нарушений у пожилых, впервые обратившихся к гериатру, занимают расстройства тревожно-депрессивного спектра, а также когнитивное снижение.

2. Пациенты, обращающиеся на прием к гериатру с жалобами на снижение настроения или когнитивными нарушениями, нуждаются в дополнительном психологическом и психиатрическом обследовании.

3. Уровень социального функционирования пожилых пациентов находится в существенной зависимости от наличия у них когнитивных и аффективных симптомов, а также позитивно настроенного микросоциального окружения.

4. Данные, полученные при анализе шкалы депрессии Цунга в большей степени коррелируют со степенью социально-психологической дезадаптации, чем показатели гериатрической шкалы депрессии, что позволяет рекомендовать ее для выявления депрессии у пациентов на приеме у гериатра.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ШИЗОФРЕНИИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Залуцкая Н.М.[1], Пальчикова Е.И.[1], Николаев М.А.[2], Пчелина С.Н.[2]

[1] НМИЦ ПН им В.М. Бехтерева
[2] Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
Санкт-Петербург

Актуальность. Патогенетические механизмы поздней шизофрении гетерогенны и все еще недостаточно изучены. Известно, что дисбаланс в протеостазе является отличительной чертой дисфункциональных нейронов и приводит к нарушению клиренса и аномальной агрегации белков. Гиперэскпрессия мРНК альфа-синуклеина и, как следствие, аномальная агрегация белков является основным патогенетическим механизом синуклеинопатий (болезней с тельцами Леви, БТЛ), характеризующихся неврологическими, когнитивными, аффективными нарушениями, а также часто психотическими симптомами. Известно, что изменение уровней дофамина в среднем мозге играет значительную роль как в клинике и патогенезе шизофрении, так и при болезнях с тельцами Леви. Альфа-синуклеин способен влиять на внутриклеточное содержание дофамина путем прямого взаимодействия с белками, регулирующими его обратный синтез и захват. Гиперэкспресия альфа-синуклеина у трансгенных мышей приводит к снижению выброса дофамина и синаптической дисфункции.

На сегодняшний день основные терапевтические подходы к шизофрении и синуклеинопатиям направлены на нормализацию уровня дофамина. Однако психотические симптомы, как при шизофрении, в особенности, с поздним дебютом (45+), так и при БТЛ нередко не только не купируются, но и усугубляются (в частности, при деменции с тельцами Леви) применением антипсихотиков; или их назначение привносит в клиническую картину дополнительные нежелательные симптомы при недостаточном антипсихотическом эффекте (в обоих случаях). Имеются данные о том, что когнитивные нарушения при синуклеопатиях также связаны с повышенным уровнем экспрессии гена альфа-синуклеина и повышенной агрегацией соответствующего белка, что сопровождается повышением уровня провоспалительных цитокинов. Повышение уровня провоспалительных цитокинов в литературе традиционно связывают как с когнитивными нарушениями при шизофрении, так и с психотическими проявлениями, считая модель нейровоспаления одной из основных в патогенезе широфрении.

Цель. Наличие специфических когнитивных нарушений при шизофрении, отличающихся от деменции, но нередко напоминающих ее, позволяет предположить наличие сходных механизмов развития синуклеинопатий и шизофрении. В настоящей работе в качестве модельного объекта были

использованы лимфоциты периферической крови человека, поскольку в них происходят ключевые процессы, подобные тем, что наблюдаются в дофаминергических нейронах.

Материалы и методы. В данное пилотное исследование вошли 9 пациентов с шизофренией с дебютом после 45 лет (4 – муж., медиана возраста – 64 года (мин. 45 – макс. 80) лет) и 9 лиц контрольной группы (4 – муж., медиана 62 года (мин 43 – макс 80) лет), сопоставимых по полу и возрасту. Контрольная группа набиралась в ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова, где все пациенты находились под наблюдением и проходили осмотр невролога с целью исключения неврологических заболеваний. Тотальная РНК была выделена из лимфоцитов с использованием набора для выделения РНК GeneJet RNA purification kit (Thermo Scientific, США) в соответствии с инструкциями изготовителя. Чистота выделенных образцов РНК была проверена спектрофотометрически. В настоящем исследовании было проведено выделение однородной очищенной лимфоцитарной клеточной фракции с использованием магнитного сортинга на магнитных микросферах с конъюгированными на них антителами, специфичными к CD45+ клеточному рецептору. Определение уровня мРНК гена SNCA проводилось методом количественной ПЦР в режиме реального времени с использованием коммерческого набора, содержащего краситель-интеркаллятор SYBRGreen 1 (Sso Advanced Universal SYBR Green Supermix, Bio-Rad, США) и прибора CFX96 (Bio-Rad, США).

Результаты. В результате проведения ПЦР в режиме реального времени было показано достоверное повышение уровня мРНК гена SNCA у пациентов с поздней шизофренией (медиана 0,558 (мин 0,211 – макс 1,028)) по отношению к лицам контрольной группы (медиана 0,056 (мин 0,02 – макс 0,192)) $p<0,0001$.

Обсуждение. Следует отметить, что оценка уровня мРНК гена SNCA в лимфоцитах периферической крови при шизофрении ранее не проводилась. Однако, к настоящему времени существует исследование Demirel Ö.F., Cetin İ., Turan Ş. et al. Decreased Expression of α-Synuclein, Nogo-A and UCH-L1 in Patients with Schizophrenia: A Preliminary Serum Study (Psychiatry investigation, 2017, 14(3), 344–349), в котором проводилось измерение концентрации данного белка в сыворотке периферической крови и было показано понижение уровня белка. Исходя из таких противоречащих данных, требуется дальнейшая оценка уровня белка SNCA в лимфоцитах нашей группы пациентов с шизофренией, которое поможет нам понять механизм действия, а также необходимы дальнейшие исследования на больших выборках пациентов.

КОГЕРЕНТНЫЙ АНАЛИЗ ЭЭГ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С УМЕРЕННЫМИ КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПО АЛЬЦГЕЙМЕРОВСКОМУ ТИПУ.

Занин К.В., Гомзякова Н.А., Залуцкая Н.М.

НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург

Актуальность. На сегодняшний день, болезнь Альцгеймера (БА) чаще всего вызывает когнитивные расстройства у лиц пожилого возраста [2]. В качестве дополнительного метода диагностики заболевания может использоваться электроэнцефалография (ЭЭГ) [1]. По последним данным, при деменции Альцгеймеровского типа функциональные нарушения в головном мозге наступают достоверно раньше, нежели морфологические [3]. ЭЭГ, как метод функциональной диагностики, позволяет выявить патологические изменения, которые пока еще не определяются на других методах исследования, например на МРТ [4]. Большую информативность дает математическая обработка ЭЭГ, в частности проведение когерентного анализа с получением коэффициента когерентности, как меры синхронизации двух участков головного мозга. Отечественная литература практически не располагает работами, посвященному когерентному анализу ЭЭГ у лиц с умеренными когнитивными расстройствами (УКР), что обуславливает высокую актуальность проведенного исследования.

Целью данной работы являлось выявить ЭЭГ-признаки, характерные для пожилых лиц с УКР по Альцгеймеровскому типу, используя метод когерентного анализа ЭЭГ.

Материалы и методы: Выборка: 65 пожилых респондентов в возрасте от 60 до 88 лет, средний возраст составил 72,9±6,68 года, 13 из них были мужчины и 52— женщины. Обследование включало: добровольное информированное согласие, сбор анамнеза и осмотр, снятие электроэнцефалограммы: экспериментально-психологическое обследование (краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), тест рисования часов (CDT), батарея лобных тестов (FAB)). Математико-статистическая обработка: ввиду нормальности распределения и равенства дисперсий показателей использовался *t*-критерий Стьюдента.

В зависимости от жалоб и клинической картины выборка была разделена на две группы — в первую вошли лица (от 60 лет до 81 года) с УКР по Альцгеймеровскому типу (MMSE до 24 баллов включительно): преобладали нарушения памяти, расстройства зрительно-пространственного гнозиса и праксиса. Вторую группу составили здоровые респонденты, у которых отсутствовали жалобы на нарушение памяти, не обнаруживалось признаков когнитивных расстройств по данным тестов и клинической картине, отсутствовали признаки

нейродегенеративного, либо васкулярного процесса на МРТ. В соответствии с критериями в 1-ю группу вошли 40, во 2-ю — 25 респондентов.

Электроэнцефалография проводилась с помощью компьютерного электроэнцефалографа ТЕЛЕПАТ-104 по международной системе «10-20» в режиме моно и биполярной записи с использованием фронтальных (F1-F8), височных (T3-T6), теменных (P3,P4), центральных (C3,C4) и затылочных отведений (O1,O2). На мочки ушей были помещены электроды (A1, A2). Длительность анализируемого участка - 1 минута в состоянии покоя при закрытых глазах. Далее сигналы были обработаны с помощью метода быстрого преобразования Фурье с получением значений спектральной мощности для альфа, бета, гамма и дельта-ритмов и дальнейшее проведение когерентного анализа с получением среднего коэффициента когерентности для каждого ритма.

Результаты. Средний коэффициент когерентности (КК) альфа-ритма статистически значимо был выше в группе с УКР в отведении T4 (КК = 0,372 ± 0,009, p=0,038), в группе здоровых респондентов КК=0,330 ± 0,008, p=0,038. Кроме того, средний коэффициент когерентности бета-ритма также был выше в группе с УКР в отведении C3 (КК=0,331 ± 0,009, p=0,015) и C4 (КК=0,336 ± 0,009, p=0,016), у здоровых КК=0,296 ± 0,010, p=0,015 и КК=0,300 ± 0,010, p=0,016 соответственно.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о повышение когерентности альфа и бета-ритмов, у лиц с УКР. Более высокая когерентность свидетельствует о большей синхронизации участков головного мозга у лиц с УКР, по сравнению со здоровой группой. Подобные изменения могут быть связаны с явлением «когнитивного резерва», благодаря которому пациент может длительное время нивелировать когнитивный дефицит на фоне уже имеющихся патологических процессов [5].

ЭЭГ является безопасным и не инвазивным функциональным методом исследования и может применяться как дополнительный метод диагностики у лиц с УКР, типичными для ранней формы БА. Стоит признать, что отсутствие единой методологии проведения когерентного анализа и сложности в обработке данных, тормозят внедрение метода в рутинную клиническую практику. В связи с этим, требуется дальнейшее изучение возможности использования когерентного анализа ЭЭГ для ранней диагностики болезни Альцгеймера.

Литература

1. *Горелик А.Л, Корсакова Е.А., Шашихина Е.В., и др. Визуальный анализ ЭЭГ в диагностике нейродегенеративных заболеваний // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств:современные подходы. - СПб.: ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева МЗ РФ, 2020. - С. 281-294.*
2. *Abbott A. Dementia: a problem for our age. Nature. 2011 Jul 13;475(7355):S2-4. doi: 10.1038/475S2a*
3. *Robinson JL, Molina-Porcel L, et al. Perforant path synaptic loss correlates with cognitive impairment and Alzheimer's disease in the oldest-old. Brain. 2014 Sep;137(Pt 9):2578-87. doi: 10.1093/brain/awu190.*

4. *Jelic, V., Kowalski, J.: Evidence-based evaluation of diagnostic accuracy of resting EEG in dementia and mild cognitive impairment. Clin EEG Neurosci 40,129–142 (2009) DOI: 10.1177/155005940904000211*
5. *Jones DT, Knopman DS, et al. Cascading network failure across the Alzheimer's disease spectrum. Brain 2016; 139: 547–62.*

РИСК РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Ивашиненко Л.В., Бурделова Е.В.

Тульский государственный университет
Тула

Актуальность. Изначально понятием "психосоматические" объединялись заболевания, в патогенезе которых существенную роль играют неблагоприятные психотравмирующие воздействия (ИБС, эссенциальная гипертензия, неспецифический язвенный колит и т.д.). Впоследствии, круг заболеваний, в развитии которых психогенные факторы являются значимым звеном патогенеза, значительно расширился, что повысило значение психопрофилактики для сохранения здоровья населения.

Весной 2021 года на базе Службы психолого-педагогической помощи студентам ТулГУ было проведено многофакторное исследование среди студентов 1 и 2 курса Медицинского института. В исследовании приняли участие 230 человек.

Цель: оценка потребности в первичной психологической профилактики психосоматических заболеваний, среди студентов младших курсов Медицинского института. Задачами исследования являлись: выявление студентов с психосоматической предиспозицией и изучение уровня риска развития психосоматических заболеваний среди них.

Материалы и методы. Для выявления студентов с психосоматической предиспозицией использовался стандартизированный метод исследования личности (СМИЛ). Обработка данных осуществлялась с помощью компьютерной программы ПАЭС (психологическая автоматизированная экспертная система «Портрет») (Версия 3.041).

Для оценки наличия риска развития психосоматических заболеваний были использованы следующие критерии: смешанный тип реагирования, показатели выше 70 по шкале эмоциональной лабильности, подъём по 1 шкале невротического сверхконтроля, низкий уровень по шкале импульсивности, два разновысоких пика по 2 и 4 по шкале.

Результаты. Указанные выше показатели в студенческой среде имеют следующую распространённость:

- Смешанный тип реагирования выявлен у 59,1 % опрошенных студентов. Смешанный тип реагирования является сочетанием разнонаправленных тенденций (гипо- и гиперстенических свойств), при котором высокая потребность в самореализации проявляется совместно с высоким самоконтролем и сдерживанием поведенческих реакций, что препятствует невротическому или поведенческому отреагированию. Таким образом, происходит соматизация психологического

перенапряжения, вследствие внутреннего конфликта, то есть дезадаптация будет развиваться по психосоматическому варианту.

- Подъём выше 70 по 3 шкале выявлен у 15,3% студентов. Людям с высокими показателями по данной шкале свойственны выраженные вегетативные реакции. Основным психологическим механизмом, для данных личностей является вытеснение; тревога трансформируется на организменном уровне, что создает условия, при психологическом перенапряжении, для функциональных нарушений в различных органах.

- Подъём по 1 шкале выявлен у 20% респондентов. Подъём по шкале невротического сверхконтроля свидетельствует о преобладании психологической защиты по типу вытеснения, что является психосоматической предиспозицией.

- Низкий уровень по 4 шкале выявлен у 0,3% опрошенных студентов, характерен для людей с отсутствием спонтанности, непосредственности в поведении, таким образом, отреагирование на поведенческом уровне блокировано, что создаёт почву для психосоматических расстройств.

- Два разновысоких пика по 2 и 4 выявлены у 9,1% респондентов, что свидетельствует о наличии разнонаправленных тенденций, которые характеризуются высокой поисковой активностью и динамичностью процессов возбуждения, с одной стороны, и выраженной инертностью и неустойчивостью, с другой. Сочетание данных тенденций способствует соматизации внутриличностных конфликтов.

Соответствия в профиле СМИЛ хотя бы по 1 критерию – расценивалось как наличие риска развития психосоматического заболевания. Часть респондентов имели высокий риск по нескольким показателям. Рриск развития психосоматических заболеваний присутствует у 23,9% студентов принявших участие в исследовании. В то же время у 59,1% студентов младших курсов, в случае дезадаптации, - высокий риск развития психосоматических заболеваний.

Выводы. На основании сказанного выше, можно сделать следующие выводы: примерно каждый второй студент имеет психосоматическую предиспозицию, необходимо исследовать факторы дезадаптации студентов младших курсов и требуется активное проведение психопрофилактических мероприятий среди них.

ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ СЕНСОРНО-КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Исаева Е.Р.[1], Мухитова Ю.В.[1,2], Трегубенко И.А.[1], Шошина И.И. [1], Ханько А.В.[2], Пронин С.В.[3]

[1] Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
[2] Городская психиатрическая больница им. П.П. Кащенко
[3] Институт физиологии им. И.П. Павлова
Санкт-Петербург

Актуальность. У больных шизофренией нарушения восприятия и интегративных познавательных процессов связаны с изменением восприятия пространственно-временных характеристик зрительных стимулов, поскольку их обработка осуществляется множеством нейронных каналов, настроенных на восприятие разных пространственных частот. Крупноклеточные магноцеллюлярные и мелкоклеточные парвоцеллюлярные каналы, являются основными каналами, обеспечивающими первичную фильтрацию зрительной информации (фильтрация низких и высоких пространственных частот), которую далее разным способом используют нейроны дорзального и вентрального пути. Взаимодействие магно- и парвоклеточной нейронных систем обеспечивает согласованную работу механизмов глобального и локального анализа зрительного поля, благодаря которым происходит опознание объектов и принятие решения по их идентификации. Изучение функционального состояния этих каналов при шизофрении имеет важное значение для понимания механизмов зрительных сенсорных нарушений и их роли в возникновении когнитивных нарушений у больных шизофренией. Исследование выполнено при поддержке РФФИ (грант №18–013–01245 «Зрительное восприятие и мышление при шизофрении»).

Цель исследования: выявление структуры сенсорно-когнитивных нарушений при шизофрении на различных этапах заболевания, в зависимости от наличия/отсутствия фармакотерапии, для объективизации оценки эффективности проводимой терапии и создания персонифицированного подхода к выбору и дозировке нейролептиков.

Материал и методы. Пациенты с диагнозом шизофрения (F 20, МКБ-10) без выраженного интеллектуального снижения и психотического состояния, подписавшие добровольное информированное согласие. Обследовано 68 пациентов в возрасте от 19 до 64 лет (средний возраст 34±12), из них 50 мужчин,18 женщин. Использовались психофизиологический и психофизический подходы: метод визоконтрастометрии, метод оценки помехоустойчивости зрительной системы, которые позволили оценить функциональное состояние магно- и парвоклеточных нейронных сетей. Психологический подход включал методы

экспериментально-психологической оценки нарушений мыслительной сферы с помощью методик «Исключение лишнего», «Сравнение понятий», «Сходства»; тест Струпа для оценки гибкости\ригидности когнитивного контроля и селективности мышления; «ТМТ» (Trail Making Test); «Фигуры Поппельрейтера» для оценки зрительного гнозиса, способности выделить фигуру из фона; методика «Недорисованные изображения» для оценки константности восприятия, сохранности/фрагментарности зрительного образа объекта.

Результаты исследования. С помощью метода визоконтрастометрии определяли контрастную чувствительность в диапазоне средних пространственных частот, что согласно фильтрационной теории восприятия рассматривается как показатель уровня внутреннего шума зрительной системы. Пациенты с первым эпизодом шизофрении демонстрировали снижение, относительно нормы, как и хронически больные. При этом пациенты с первым эпизодом шизофрении без фармакотерапии демонстрировали одинаковую эффективность опознания зашумленных изображений в сравнении с пациентами с первым эпизодом, получавшими терапию. Установлено достоверное снижение количества правильных ответов по кольцам Ландольта в условиях шума у хронически больных, по сравнению с пациентами с первым эпизодом шизофрении, что свидетельствует о повышении уровня внутреннего шума системы зрительного восприятия (снижении помехоустойчивости) в процессе хронизации заболевания. При проведении сравнительного анализа состояния когнитивных функций у больных шизофренией на разных этапах заболевания определено, что у пациентов на ранних стадиях заболевания показатель роста запоминания слов значимо выше ($p<0,05$), чем у хронически больных. Переключаемость внимания и скорость обработки информации («ТМТ», $p<0,05$) у пациентов с первым эпизодом выше, чем у хронически больных шизофренией. Больные шизофренией с первым психотическим эпизодом хуже справляются с выделением фигуры из фона в сравнении с хронически больными («Фигуры Поппельрейтера», $p<0,05$). Это ухудшение связано с повышением активности магноцеллюлярной системы. Установлено, что при первом психотическом эпизоде происходит гиперактивация магноклеточной нейронной системы, которая вызывает сдвиг равновесия взаимодействия между концентрацией и распределением внимания, чем объясняется ухудшение извлечения фигуры из фона. Исследование изменений мышления у больных шизофренией на разных этапах заболевания продемонстрировало отсутствие статистически значимых различий по параметру мышления «искажение процесса обобщения», что говорит о стабильности данного нарушения мыслительной деятельности и его специфичности для данной нозологической группы пациентов. По мере хронизации заболевания наблюдается снижение по параметру «уровень обобщения», что отражает ухудшение процессов абстрагирования и категоризации. Выполнение методики «Тест Струпа» показало, что у пациентов с первым эпизодом шизофрении, не получавших фармакотерапию, коэффициент ригидности достоверно ниже, чем у пациентов с длительной терапией. Соответственно можно говорить о большей гибкости и подвижности когнитивного контроля у пациентов без лечения. При выполнении методики «ТМТ» пациенты с первым эпизодом шизофрении без фармакотерапии допускали

меньшее количество ошибок, скорость выполнения была выше, по сравнению с пациентами, получавшими лечение. Больные шизофренией с первым психотическим эпизодом без лечения допускают большее количество искажений (ложных опознаний при восприятии фигур Поппельрейтера) в сравнении с пациентами, принимающими фармакотерапию. В методике пациенты без лечения демонстрируют достоверно большее количество узнанных образов («Незавершенные изображения»), по сравнению с принимающими фармакотерапию.

Заключение. Таким образом, пациенты с первым эпизодом шизофрении без фармакотерапии демонстрируют большую эффективность запоминания, более высокую скорость обработки информации, подвижность нервных процессов (гибкость когнитивного контроля), более высокие переключаемость и распределение внимания, по сравнению с пациентами с первым эпизодом, принимающими длительное лечение. Однако, пациенты без лечения давали больше ложных опознаний при восприятии зрительных образов и ложных воспроизведений при запоминании слов. Это отражает остроту их психического состояния и может быть объяснено гиперактивацией магноклеточной нейронной системы, изменением характера взаимодействия магно- и парвоклеточной нейронных систем, и, соответственно, нарушением равновесия во взаимодействии между процессами избирательности восприятия, концентрации и распределения внимания. Фармакотерапия снижает когнитивное функционирование в плане скорости переработки информации, подвижности нервных процессов и эффективности запоминания. Терапия приводит к снижению активности магноклеточной нейронной системы, поэтому оптимально подобранная терапия должна способствовать снижению гиперактивности, но не подавлению магносистемы, что обеспечит уравновешивание когнитивных процессов.

АНАЛИЗ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С УЧЁТОМ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Искандарова Ж.М., Шарипова Ф.К.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность проблемы исследования эмоциональных изменений у больных параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей вызвана трудностью диагностики данной патологии [1]. В литературе поддерживается общая точка зрения об отличиях в частоте выявления аффективной патологии при психических расстройствах эндогенного генеза у женщин и мужчин [3]. В существенно меньшей степени представлены данные по гендерным особенностям структуры аффективной патологии и социально-психического функционирования больных [2].

Цель исследования: изучить гендерные особенности эмоцинальной сферы у женщин и мужчин с параноидной шизофренией для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных с целью оптимизации психотерапевтической тактики.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 30 женщин и 48 мужчин с тревожно-фобическими и депрессивными расстройствами шизофренического спектра, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), а для определения уровня тревожности - опросник тревожности Спилбергера-Ханина.

Результаты и обсуждение. Из 78 обследованных больных у 58% диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения F-20.00, у 42% обследованных - параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения F-20.01. Инициальный этап параноидной шизофрении приходился на период дебюта заболевания в возрасте 30-35 лет отличался средне-прогридиентным течением с постепенным формированием дефекта в эмоционально-волевой сфере и снижением энергетического потенциала личности. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациентов, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 55% обследованных; более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациентов – констатировалась выраженная тревога. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у

мужчин депрессия легкой степени была выявлена в 68% случаев и в 31% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у женщин депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. Клинические проявления эмоциональной сферы у мужчин отличались большей представленностью дисфорических состояний с включениями гипоманиакальной симптоматики гневливого характера. Гендерные особенности аффективных нарушений у женщин преимущественно были представлены депрессивной симптоматикой тяжелой степени клинических проявлений со склонностью к суицидальным тенденциям и формированию идей самообвинения и самоуничижения. Структура аффективной патологии была представлена гипотимией с тревогой, ипохондрической фиксацией на своих переживаниях, выраженным замедлением мышления и движений, пессимистической оценкой своего будущего, только лишь у 7 пациентов зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый аффект. Развитие депрессии оказывало негативное влияние на работоспособность, на отношение к семье, самооценку, адаптацию в социуме. Для всех обследованных характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличением количества времени, затрачиваемого на выполнение своей работы, трудности и ошибки в работе. Исследование депрессивной симптоматики с учётом ведущего клинического симптома выявило преобладание тревожных депрессий у женщин, а у мужчин преимущественно встречались дисфорические и астено-апатические депрессии с ипохондрическими включениями.

Выводы: установлено, что в клинических проявлениях параноидной шизофрении женщины страдают аффективной патологией в 2 раза чаще, чем мужчины, более склонны к депрессивным состояниям средней тяжести, уровень тревоги у них очень высокий; у мужчин патология эмоциональной сферы характеризуется депрессивно-дисфорическмим состояниями с преобладанием дистимических и апатических включений, а также гипоманиакальных синдромов.

Литература

1. *Бабарахимова С.Б., Шаханская О.В., Искандарова Ж.М. Личностные особенности женщин с депрессивными расстройствами и их влияние на качество жизни // Сборники конференций НИЦ Социосфера 2013. – №21. – С.109-112.*
2. *Бабарахимова С.Б. Диагностика депрессивных расстройств у женщин с учётом личностных особенностей // Антология российской психотерапии психологии, 2017. С.129.*
3. *Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. 2020.VOL 3, No 5 pp. 24-27*

РЕЗУЛЬТАТЫ АПРОБАЦИИ ПРОГРАММЫ СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Карасёва Е.А., Максимова Н.Е., Никитина Ю.О.

Областной клинический психоневрологический диспансер
Тверь

Актуальность. Выбор метода сенсорной комнаты в рамках нашей работы обусловлен совокупностью следующих факторов: у детей, страдающих расстройством аутистического спектра (РАС) существует ряд особенностей психического развития; специфика получения и усвоения опыта в результате познания окружающего мира. Разработка программы сенсорной интеграции позволила нам создать условия для наиболее эффективной психореабилитационной работы, и получить возможность наиболее благоприятного воздействия на процесс адаптации и развития ребенка.

Целью нашей работы являлось проследить и выявить динамику психических процессов, в результате апробации программы сенсорной интеграции по методу сенсорной комнаты, у детей, страдающих расстройством аутистического спектра.

Для достижения поставленной цели, нами были обозначены ряд теоретических и практических задач: описать особенности феномена сенсорной интеграции у детей, страдающих РАС; описать психические процессы, референтные для анализа динамики сенсорной интеграции; задать и описать уровневые характеристики референтных психических процессов динамики сенсорной интеграции; описать метод сенсорной комнаты в процессе психореабилитационных занятий; выявить значения показателей уровня референтных психических процессов: уровня зрительного восприятия, уровня внимания и уровня речевого развития, до применения психореабилитационных занятий программы сенсорной интеграции по методу сенсорной комнаты.

Материалы и методы. Нами была составлена программа на основе имеющихся разработок Пудовой К.В. (2017) с привнесением новых разработанных упражнений, для развития уровня сенсорной интеграции, с учетом показателей референтных психических процессов. В нашей работе мы использовали следующие методы: анализ медицинской документации; клинико-психологическая беседа; метод сенсорной комнаты. Комплекс психодиагностических методик: методика обследования понимания речи (Лурия А.Р); исследование пассивного словаря Н.В. Серебряковой; шкала оценки уровня внешней речи; шкала оценки уровня концентрации внимания; шкала оценки уровня сосредоточенности внимания; методика «цветные картинки»; методика «покажи предмет»; вкладыши Монтессори «геометрические фигуры».

Результаты. В результате нашей работы мы получили следующие данные: после апробации программы сенсорной интеграции по методу сенсорной комнаты,

выявляется положительная динамика показателей уровня референтных психических процессов: зрительного восприятия – восприятие цвета (было 86% низкий уровень, 14% средний; стало 6% низкий уровень, 74% средний, 20% высокий), восприятие предметов (было 86% низкий уровень, 14% средний; стало 74% средний уровень, 26% высокий), восприятие геометрических фигур (было 86% низкий уровень, 14% средний; стало 46% низкий уровень, 54% средний), внимания – концентрация (было 74% низкий уровень, 26% средний; стало 14% низкий уровень, 80% средний, 6% высокий), сосредоточенность (было 86% низкий уровень, 14% средний; стало 6% низкий уровень, 74% средний, 20% высокий) и речи – понимание обращенной речи (было 94% низкий уровень, 6% средний; стало 100% средний уровень), пассивный словарь (было 100% низкий уровень; стало 100% средний уровень), внешняя речь (было 86% низкий уровень, 14% средний; стало 20% низкий уровень, 60% средний, 20% высокий). Таким образом, программа сенсорной интеграции по методу сенсорной комнаты способствует позитивной динамике уровня референтных психических процессов у детей, страдающих РАС.

Обсуждение. В результате анализа полученных данных, мы пришли к следующим выводам: повышение уровня зрительного восприятия осуществляется благодаря длительному неоднократному воздействию различных сенсорных стимулов в комплексе сенсорно-насыщенных упражнений, воздействию на ребенка новых сенсорных сигналов, а также наличию релаксационных упражнений; повышение уровня внимания происходит благодаря воздействию различных сенсорных стимулов на ребенка, а также особенностью осуществления данного воздействия, а именно условиями, которое создается при работе в сенсорной комнате. Осуществление манипуляций с различным оснащением комнаты, его изучение, игры, наличие многочисленных неизвестных сенсорных стимулов, оказывает мобилизирующее воздействие; повышение уровня речевого развития достигается вследствие интенсивной стимуляции процессов получения, обработки и интеграции речевых сигналов.

Выводы. Интенсивное воздействие на сенсорные системы различными сенсорными стимулами способствуют улучшениям в пределах одних сенсорных систем, и влекут за собой изменения в других. После применения курса психореабилитационных занятий программы сенсорной интеграции были выявлены повторно значения показателей уровня референтных психических процессов: уровня зрительного восприятия, уровня внимания и уровня речевого развития.

Литература

1. *Айрес Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития – 5-е изд. – М.: Теревинф – 2018.*
2. *Андриевская О.А. Сенсорная интеграция, как психокоррекционный метод в работе с детьми раннего и дошкольного возраста, имеющими психологические, поведенческие и речевые нарушения // Вестник КФУ им. В.И. Вернандского. – 2016 – Том 19, №4.*

ПРЕДПОЧТЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ ПРИ ВЫБОРЕ КЛАССА АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С ЦЕЛЬЮ РЕДУКЦИИ ПОЗИТИВНЫХ СИМПТОМОВ

Корнетова Е.Г., Герасимова В.И., Федоренко О.Ю.

Научно-исследовательский институт психического здоровья
Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН
Томск

Актуальность. Антипсихотическая терапия по-прежнему остается основным методом лечения шизофрении. Несмотря на декларируемые преимущества антипсихотиков второго поколения, многие современные клинические рекомендации избегают однозначного предпочтения той или группы препаратов, предлагая ориентироваться на профиль побочных эффектов [1, 2]. Предполагается, что атипичные антипсихотики более эффективны в снижении негативных симптомов и когнитивных нарушений, связанных с расстройством [3]; непосредственно антипсихотическое действие большинством исследователей признано сравнимым [4]. Однако, ряд опросов, проведенных среди практикующих врачей-психиатров, продемонстрировал, что препаратами выбора для терапии обострений в их практике чаще становятся антипсихотики первого поколения [5].

Цель: установить предпочтительный среди врачей класс антипсихотической терапии в зависимости от выраженности позитивных симптомов у стационированных больных шизофренией.

Материалы и методы. Нами были обследованы 365 больных шизофренией (согласно критериям МКБ-10), госпитализированных в психиатрический стационар г. Томска. Пациенты были разделены на две группы, в зависимости от выраженности симптомов – позитивных или негативных – и подверглись объективной оценке с использованием шкалы PANSS [6]. Группа пациентов с выраженной негативной симптоматикой состояла из 184 участников, группа с выраженной позитивной симптоматикой состояла из 181 участника; между группами не было различий по полу. Средний возраст и средняя продолжительность заболевания в группе с выраженными негативными симптомами были выше: 50 [35; 59] лет против 35 [27; 46] лет ($p < 0{,}001$); 20 [10; 33] года против 8 [4; 16] лет ($p < 0{,}001$). Мы установили, какой класс антипсихотической терапии участники обеих групп получали чаще. Статистический анализ проводился с помощью программного пакета STATISTICA для Windows v.12.0, с использованием U-критерия Манна-Уитни, критерия хи-квадрат. Значение p менее 0,05 было принято значимым. Данное исследование выполнено с поддержкой Российского научного фонда, грант № 21-15-00212.

Результаты. Мы обнаружили, что в группе с большей выраженностью позитивной симптоматики участники значительно чаще получали антипсихотики второго поколения, чем в группе участников с выраженными положительными

симптомами: 82% против 68,5%, p=0,0027. При этом достоверных различий в уровне антипсихотической нагрузки между группами не было: медиана антипсихотической нагрузки в хлорпромазиновом эквиваленте составила 540 [270; 810] в группе с более выраженными негативными симптомами и 540 [270; 842,1] в группе с более выраженными позитивными симптомами (значение p = 0,87).

Выводы. Полученные данные косвенно свидетельствуют о большем предпочтении врачами-психиатрами антипсихотиков второго поколения для редукции позитивной симптоматики, несмотря на сравнимую антипсихотическую нагрузку. В то же время, дизайн исследования не позволяет исключить ряд возможных факторов, которые потенциально могли определить выбор врача: доступность того или иного препарата в клинике, наличие сопутствующей хронической соматической патологии у пациентов. Данный вопрос нуждается в дальнейшем изучении.

Литература

1. *The American Psychiatric Association Practice Guideline For The Treatment Of Patients With Schizophrenia, 3d edition. American Psychiatric Association. 2021; pp. 310*
2. *Remington G., Addington D., Honer W. et al. Guidelines for the Pharmacotherapy of Schizophrenia in Adults. The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie. 2017; 62(9): 604-616. doi: 10.1177/0706743717720448*
3. *Aringhieria S., Carlia M., Kolachalama S. et al. Molecular targets of atypical antipsychotics: From mechanism of action to clinical differences. Pharmacol Ther. 2018 Dec;192:20-41. doi: 10.1016/j.pharmthera.2018.06.012.*
4. *Huhn M., Nikolakopoulou A., Schneider-Thoma J. et al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. Lancet. 2019;394(10202):939-951. doi:10.1016/S0140-6736(19)31135-3*
5. *Дорофейкова М.В., Петрова Н.Н. Антипсихотическая полипрагмазия при шизофрении в клинической практике (мультицентровое кросс-секционное натуралистическое обсервационное исследование). Современная терапия психических расстройств. 2016; 3; 16-19. doi: 10.21265/PSYPH.2016.38.3558*
6. *Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 1987; 13(2):261–276. doi: 10.1093/schbul/13.2.261*

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВОСПРИЯТИЯ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ В ЦЕЛЯХ СНИЖЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Коштырева Е.А., Васильева Т.М., Максимова Н.Е., Петрова Г.В.

Областной клинический психоневрологический диспансер
Тверь

Актуальность. Проблема борьбы с зависимостями остаётся приоритетом мирового научного сообщества уже на протяжении нескольких десятков лет. Несмотря на растущее число реабилитационных программ, исследований, посвященных этой проблеме, до сих пор не существует единого стандарта для терапевтического сопровождения зависимых людей. Особо остро на данный момент стоит вопрос о реабилитации пациентов с шизофренией, страдающих табакокурительной зависимостью. Пациенты данной категории, особенно состоящие под активным диспансерным наблюдением, являются наиболее уязвимой к данной форме зависимости [1, с.121].

Цель. Целью нашей работы являлось изучение особенностей временной перспективы и степень табакокурительной зависимости у пациентов, страдающих шизофренией. Мы предполагаем, что в результате воздействия на временную перспективу проведённой арт-терапевтической групповой работы у пациентов, страдающих шизофренией, уменьшается тяга к курению и выраженность зависимого поведения.

Материалы и методы. В задачи входил теоретический обзор литературы по обозначенным проблемам, сбор эмпирических данных с использованием методик «Тест Фагестрема», «Методика диагностики склонности к 13 видом зависимостей», «Методика диагностики аддиктивной идентичности», «Семантический дифференциал времени», «Опросник временной перспективы»; проведение групповой арт-терапевтической работы с последующим повторным замерением выбранных параметров с помощью перечисленных методик; проведение сравнительного анализа полученных данных.

Выборку составили 28 мужчин от 30 до 50 лет, страдающих шизофренией, состоящих под активным диспансерным наблюдением. 14 из них на момент проведения исследования не курили и были выбраны в качестве контрольной группы, основную группу составляли 14 курящих пациентов. Нами была проведена психологическая коррекция в виде цикла из десяти групповых занятий с применением изотерапии и сказкотерапии.

Результаты. В результате нашего исследования, после проведения психологической коррекции улучшилось восприятие временных перспектив, что выразилось в более позитивном или нейтральном отношении ко всем трем временным перспективам, а также в снижении гедонистической и

фаталистической мотивации при решении повседневных задач. Данные изменения позволили снизить уровень табакокурительной зависимости от выраженного до среднего, а также выраженность зависимого поведения, связанного с табакокурением.

Обсуждение. Данный результат объясняется сочетанием воздействий, которое оказывает наша программа на разные терапевтические мишени, существующие у пациентов. Мы учитывали влияние табакокурительной зависимости на психическое состояние пациентов, её место в их системе ценностей и повседневной деятельности. Восприятие временных перспектив пациентов также имеет свои особенности, на которые воздействует и хроническое заболевание, прохождение в прошлом длительного стационарного лечения и большой стаж зависимого поведения. Так, теоретический обзор и наше исследование подтверждают, что у пациентов, состоящих под активным диспансерным наблюдением, страдающих шизофренией и табакокурительной зависимостью, существует негативное восприятие всех трёх временных перспектив, наиболее выраженное относительно временной перспективы настоящего, а также повышенное фаталистическое и гедонистическое отношение к настоящему [6, с.168]. Такое восприятие временных перспектив мешает нахождению новых копинговых механизмов для борьбы со стрессом, а также снижает мотивацию для отказа от зависимого поведения.

Выводы. Таким образом, наша программа учитывала особенности сочетания психических расстройств пациентов и их проявлений в повседневной жизни, а также в восприятии прошлого и будущего, что позволило провести комплексное воздействие на зависимое поведение, учитывающее все сопутствующие факторы.

Литература

1. *Голенков А.В. Распространенность табакокурения среди стационарных больных шизофренией. Четверть века наркологической службе Чувашии: материалы науч.-практ. конф. -Чебоксары, 2010. - С. 120-122.*
2. *Копытин А. И. Основы арт-терапии. СПб.: Лань, 1999. 256 с.*
3. *Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психосоциальная аддиктология. Новосибирск, Издательство «Олсиб», 2001 – 251 с.*
4. *Кошельская Т.В. Содержание понятия «временная перспектива личности»//Международный научный журнал «Инновационная наука» №1, 2016 - 265 с.*
5. *Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего (под ред. Леонтьева Д.А.) - М.: Смысл. - 2004.- 608 с.*
6. *Boniwell I., & Zimbardo P. (2004). Balancing time perspective in pursuit of optimal functioning. In P. A. Linley and S. Joseph (Eds.) Positive Psychology in Practice (pp. 165-179). NewJersey: JohnWiley&Sons.*

К ПРОБЛЕМЕ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Леонова А.В.

Тюменский государственный медицинский университет
Тюмень

Актуальность. С каждым годом все более возрастает потребность в психиатрическом обследовании детей первых лет жизни для решения клинико-диагностических задач выявления психических расстройств, дебют которых приходится на ранний возраст. Данные отечественных авторов свидетельствуют о распространенности этих нарушений у 25% детей. Задержка речевого развития практически никогда не бывает единственным расстройством у ребенка, существуют сопутствующие проблемы и трудности, которые могут касаться разных сторон его жизни, в том числе, эмоциональной и поведенческой сферы [1; 2]. Изучение эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с задержкой речевого развития представляет собой актуальную проблему в связи с ее высокой клинической и социальной значимостью [3].

Цель. Выявить особенности психических нарушений у детей раннего возраста с задержкой речевого развития и определить оптимальный объем терапии.

Материалы и методы. Было обследовано 100 детей, имеющих отсутствие отдельных слов и близких к ним речевых образований к 2-м годам и фразовой речи к 3-м (70% мальчиков и 30% девочек). Средний возраст составил 27 месяцев.

Объективные трудности клинико-психопатологической диагностики, связанные с малой информативностью клинической беседы с пациентом, были решены с помощью использования ситуационного клинического наблюдения за ребенком, дополненного контекстуальным анализом. Клинико-психологическое исследование включало: опросник по определению речевого развития ребенка в возрасте от 18 до 36 месяцев, шкала развития младенцев Бейли, «Лист детского поведения» (CBCL 1,5-5).

Результаты. В исследовании выявлена высокая распространенность эмоциональных и поведенческих нарушений у детей в возрасте с 1,5 до 3 лет (42%). Клинический диапазон проявлений чаще был обнаружен среди мальчиков, чем среди девочек (71,4% и 28,6% соответственно). Описаны феноменологические особенности эмоциональных и поведенческих нарушений детей раннего возраста при задержке речевого развития. Представлена оригинальная типология клинических вариантов эмоциональных и поведенческих нарушений у детей раннего возраста с задержкой речевого развития – эмоционально-лабильный тип (69%), отстраненный (18%) и протестный (13%).

Присутствие у детей симптоматики эмоциональных и поведенческих нарушений субклинического уровня обусловливает необходимость проведения профилактических мероприятий, что будет способствовать предотвращению проблем функционирования в детском и подростковом возрасте. При этом основной акцент следует сделать на профилактике, призванной индивидуализировано в соответствии с установленными типами нарушений, предупреждать возникновение эмоционально-поведенческих расстройств в будущем. При эмоционально-лабильном типе – направленное развитие эмоциональной сферы, при отстраненном – преодоление замкнутости и обучение приемам коммуникации, при протестном – снижение уровня агрессивного поведения. Психообразование родителей и персонала, принимающего участие в развитии и уходом за ребенком, имеет ключевое значение и решает вопросы отсутствия знаний относительно критериев нормального речевого развития, трудностей в семейных взаимоотношениях.

Выводы. Полученные данные способствуют эффективному осуществлению диагностического процесса, выработке и реализации мер по своевременной диагностике и оптимизации профилактической помощи детям с задержкой речевого развития и сопутствующими эмоционально-поведенческими нарушениями. Обоснование дифференцированных программ профилактической помощи на основании интегративного подхода, объединяющего все модифицируемые и немодифицируемые факторы риска развития психических нарушений у детей раннего возраста с задержкой речевого развития, позволяет существенно улучшить состояние речевых функций, уменьшить тяжесть психических нарушений, повысить степень социальной адаптации самого ребенка и семьи в целом, а также способствует реализации комплексного подхода в оказании помощи данной группе детей.

Литература

1 *Alakortes J., Kovaniemi S., Carter A.S. et al. 2016. Do child healthcare professionals and parents recognize social-emotional and behavioral problems in 1-year-old infants? European Child & Adolescent Psychiatry. 26 (4), 481–495.*

2 *Armstrong R., Scott J.G., Whitehouse A.J.O. et al. 2017. Late talkers and later language outcomes: Predicting the different language trajectories. Int. J. Speech Lang. Pathol. 19(3), 237-250.*

3 *Раева Т.В., Леонова А.В. 2018. Задержка речевого развития и эмоционально-поведенческие проблемы у детей раннего возраста. Обзор литературы. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. Международный научно-практический журнал. – 2018. - Т 9. - № 4. – С. 590-598.*

ИЗУЧЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Лиманкин О.В., Ханько А.В., Мухитова Ю.В., Климакова Н.А.

Городская психиатрическая больница №1 имени П.П. Кащенко
Санкт-Петербург

Актуальность. Субъективная удовлетворенность лечением является не только одной из характеристик результата лечения, но и фактором, влияющим на дальнейший ход течения болезни в зависимости от положительного или отрицательного влияния на комплайенс пациента после выписки. В этой связи изучение удовлетворенности лечением представляет особый интерес у пациентов психиатрического стационара. Настоящее исследование является частью российско-норвежского проекта международного сотрудничества в области психиатрии, участниками которого являются с российской стороны – Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко, МНИИП – филиал НМИЦ ПН им. В.П. Сербского, с норвежской – Университет Осло.

Цель исследования – изучение удовлетворенности лечением пациентов, находящихся в психиатрическом стационаре. Гипотеза исследования: имеются существенные различия в показателях удовлетворенности лечением у пациентов психиатрического профиля разной нозологии в зависимости от их социально-демографических характеристик.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе стационарных отделений СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко». В исследование включались пациенты в стабильном состоянии перед выпиской из стационара при наличии их письменного добровольного информированного согласия и при согласии лечащего врача. Критерии исключения: трудности в понимании и свободном использовании русского языка, нестабильное психическое состояние, наличие выраженных когнитивных и других нарушений, мешающих пациенту самостоятельно заполнить анкету. Удовлетворенность лечением измерялась с использованием опросника «Анкета для оценки удовлетворенности пациентов пребыванием в круглосуточном стационаре учреждений психиатрической службы» (The Psychiatric Inpatient Experience Questionnaire – PIPEQ, адаптация ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»), состоящего из 26 вопросов, касающихся общей удовлетворенности учреждением и конкретными аспектами лечения. Пациенты заполняли анкеты за несколько дней до выписки без присутствия персонала и самостоятельно размещали их в закрытом ящике для обеспечения анонимности. Расчет результатов исследования производился в программе STATISTICA 10 с использованием следующих методов статистического анализа данных: описательная статистика, сравнительный анализ с использованием критерия Манна-Уитни.

Было обследовано 209 пациентов в возрасте 40,2±15,1 лет со средней длительностью госпитализации 54,89 ± 28,67 дней и количеством госпитализаций – 5,19 ± 6,16. Диагноз шизофренического спектра имели 69,9 % обследованных, органических психических расстройств – 11,0 %, аффективных – 8,1 %, расстройств психики, связанных с употреблением ПАВ – 3,8 %, невротических расстройств – 2,9 %, личностной патологии – 1,9 %. Группы пациентов с расстройствами психики, связанными с употреблением ПАВ, невротическими расстройствами, личностной патологией не учитывались при проведении статистико-математического метода в связи с нерепрезентативностью полученной выборки. Большая часть обследованных пациентов (94,7 %) лечились добровольно и лишь 5,3 % – недобровольно.

Результаты исследования.

Все пациенты (больные с расстройствами шизофренического спектра, аффективного спектра, органическими психическими расстройствами) отмечают улучшение состояния после госпитализации и оценивают уровень удовлетворенности лечением как «достаточный».

Больные с аффективными расстройствами, в сравнении с больными шизофренией и больными с органическими психическими расстройствами, достоверно чаще демонстрируют высокую степень позитивного изменения своего состояния в процессе лечения, высокую степень понимания необходимости и удовлетворенности лечением, большее соответствие проводимого лечения состоянию и его большую результативность. Пациенты с аффективными расстройствами чаще отмечают достаточность временного фактора для диагностики и лечения психического расстройства, высокую степень вовлеченности медицинского персонала в проблему здоровья пациента, высокий уровень включенности и самостоятельного участия в процесс лечения, достаточный уровень доступности информации относительно психического расстройства.

Больные с органическими психическими расстройствами, в сравнении с больными шизофренией, выявляют достаточный уровень удовлетворенности качеством лечения, более выраженное субъективное ощущение улучшения состояния по итогу лечения. Больные с органическими психическими расстройствами чаще отмечают большую вовлеченность медицинского персонала в проблему здоровья пациента и его коммуникативную компетентность, достаточность временного фактора для диагностики и лечения психического расстройства, доступность и достаточный уровень качества информации относительно психического расстройства и процесса его лечения, больший уровень включенности и самостоятельного участия в процесс лечения.

Больные, госпитализированные в добровольном порядке, в сравнении с недобровольно госпитализированными, достоверно чаще обнаруживают большую степень соответствия проводимого терапевтического воздействия своему состоянию.

По результатам исследования мужчины, в сравнении с женщинами, достоверно чаще отмечают большую степень вовлеченности и возможности влияния на выбор терапии.

Пациенты с большей длительностью госпитализации (более 100 дней), в отличие от пациентов со средним сроком госпитализации (40-100 дней), достоверно чаще оценивают уровень качества получаемой медицинской услуги и лечения как более высокий.

Пациенты с 3 группой инвалидности в сравнении с пациентами со 2 группой инвалидности и пациентами без инвалидности достоверно чаще демонстрируют больший уровень удовлетворенности качеством помощи, а также – результатом лечения и полученной информации.

РЕДУКЦИЯ ПСИХОТИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ В ХОДЕ ТЕРАПИИ АТИПИЧНЫМ АНТИПСИХОТИКОМ ЛУРАЗИДОНОМ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Линова Л.П., Торговцев А.А.

Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко
Санкт-Петербург

Введение. В настоящее время синтезировано и введено в практику большое количество антипсихотических препаратов, однако до сих пор отсутствуют четкие критерии выбора антипсихотического препарата для купирования определенной нозологической единицы или димensии; последовательность редукции психотических симптомов схожа у многих атипичных антипсихотиков. Новым представителем атипичных антипсихотиков III поколения является луразидон. Мы решили привести пример клинического случая, который позволяет обратить внимание на то, что редукция психотической симптоматики препаратами III поколения в достаточной степени сходна с редуцирующим эффектом антипсихотиков предшествующей, второй генерации, описанной ранее А.А. Морозовой [1].

Описание случая. Пациент Н., мужчина, 25 лет. Родителей не знает, с младенчества до 18 лет воспитывался в детском доме. Рос и развивался соответственно возрасту. Посещал ДДУ при детском доме, адаптировался хорошо. В школу пошёл с 7 лет. В период обучения из предметов выделял гуманитарные предметы. Конфликтов с учителями и другими учениками не было, были друзья. Школу окончил с посредственными результатами, поступил в ПТУ, приобрёл специальность каменщика. В дальнейшем никогда по специальности не работал, «не хотел». От армии освобождён по плоскостопию. Имеет однокомнатную квартиру, выданную государством, сдаёт её, снимает комнату у друга за меньшую сумму. Живёт на деньги, получаемые от сдачи квартиры и случайные заработки. Официально никогда не работал. Половую жизнь начал в 16-летнем возрасте, сексуальные контакты носили случайный, редкий характер, последний более 4-х лет назад, интереса к этой стороне жизни не проявляет. Женат не был, длительных отношений с девушками никогда не было. Детей нет. В течение последних 5-ти лет является постоянным прихожанином православного и протестантских храмов. В юности общался с ребятами, с которыми воспитывался в детском доме. Последние 5 лет общается только с прихожанами храмов, у одного из них снимает комнату.

По характеру мягкий, добрый, внушаемый человек. С 16-ти лет в компании сверстников из детского дома стал употреблять алкоголь, без формирования синдрома зависимости. В 17 лет в этой же компании попробовал каннабиноиды, психостимуляторы. Употреблял ПАВ редко, эпизодически, «только если предлагал кто-то из друзей». Зависимости не сформировалось. Никогда не имел особых интересов, время проводил праздно, чаще за просмотром развлекательного

контента. Пять лет назад внезапно понял, что «жил неправильно и бессмысленно». Стал интересоваться различными религиозными учениями, философскими теориями, психологией. Стал регулярно посещать православный, а затем и протестантский храм, а также храмы других христианских конфессий. Стал крайне религиозным, соблюдал посты, много молился, читал различную теологическую и богословскую литературу. Отказался от приёма алкоголя, ПАВ, бросил курить. Постепенно сократил, а затем вовсе оборвал общение с прежними друзьями и знакомыми. Большую часть времени стал проводить дома, читая религиозную литературу или ничем не занимаясь. Периодически подрабатывал продавцом овощей и фруктов, грузчиком, разнорабочим, без оформления трудовых отношений. В течение месяца до первой госпитализации стал испытывать транзиторные приступы тревоги, «казалось, что грядёт что-то плохое». Эпизоды тревоги участились и усилились. Начал чаще прибегать к молитвам, «хотел молитвой исцелиться». Состояние продолжало ухудшаться – стал испытывать ощущение путаницы мыслей, боялся, что он сходит с ума. Стал слышать в голове шёпот, который со временем стал ясным и чётким «голосом». Понял, что это «голос» дьявола. «Голос» носил оскорбляющий и устрашающий характер, «обещал скорую смерть и адские муки». Чтобы обезопасить себя, стал большую часть времени проводить в храме. Там услышал в голове «голос» Иисуса, который призвал его каяться, «обещал спасти». Стал чувствовать внутри жар, холод, ощущение внутреннего сковывания. Сделал вывод, что это дьявол истязает его для того, чтобы он не мог молиться. Постоянно слышал «голоса» в голове. Не мог спать по ночам, опасался за свою жизнь и рассудок. Самостоятельно вызвал скорую психиатрическую помощь, был госпитализирован в ПБ. В первые недели лечения продолжал слышать в голове «голоса» Бога и дьявола, которые обсуждали его, угрожали, призывали каяться. Продолжал испытывать телесные сенсации: чувствовал, как дьявол вызывает боль и неприятные ощущение в его теле, специально путает ему мысли. Получал терапию галоперидолом 20 мг в сутки, на фоне которой сохранялась параноидная продукция, а также развилась умеренно выраженная экстрапирамидная симптоматика, некупируемая приёмом антихолинергических препаратов. Улучшение состояния произошло на фоне приёма оланзапина 20 мг в сутки.

После выписки лечение принимал нерегулярно, сам снизил дозу, затем вовсе прекратил приём лекарств. Продолжал регулярно посещать протестантский и православный храмы. Периодически испытывал ощущение путаницы мыслей в голове, слышал в голове отдельные слова, невнятные звуки. Лекарства не принимал, «старался справляться молитвой». За месяц до настоящей госпитализации данные ощущения усилились, стал слышать в голове неясный шёпот. Постепенно появилось ощущение отчуждения собственных психических процессов. Толковал это как проявление психического нездоровья, вызванное накоплением энергии в организме, которую не расходовал на осмысленные действия, «понял, всю жизнь жил неосознанно, тело двигалось само, как у робота, а сознание шло отдельно». Начал замечать, что его мысли подменяются другими чужими мыслями, которые вкладываются извне в его голову. Заметил, что испытывает эмоциональные и физические чувства негативного полюса, которые

также имели характер сделанности, «были сделаны специально дьяволом». Со временем, отметил появление «разливающегося доброго тепла в голове и теле», которое расценил, как воздействие Бога. Понял, что Бог и дьявол борются за его душу и тело. В день госпитализации находился на автобусной остановке, почувствовал одновременно воздействие Бога и дьявола. Понял, что является полем священной войны, и не должен принимать никаких решений, замер и стоял около 20 минут без движения, не реагировал на обращённую к нему речь, при этом все слышал и понимал. Считал, что не должен отвлекаться на сторонние раздражители, чтобы не мешать и прогневить Бога и дьявола. Прохожими была вызвана бригада скорой помощи, был госпитализирован в ПБ.

При поступлении в стационар был многословен, речь была со словесным напором, насыщена религиозными и квазипсихологическими терминами. Начиная отвечать на заданные вопросы, соскальзывал с них, принимался бесплодно рассуждать, самостоятельно в прежнее русло беседы вернуться не мог. Сообщал, что чувствует, что его психические процессы идут отдельно от него, «мои мысли психические процессы живут сами по себе, я с рождения разобщён с ними, поэтому я до сих пор по внутренней сути своей являюсь неразвитым ребёнком», «я способен только на поверхностное внешнее поведение, как робот». «Накопленная внутри энергия от моего собственного бездействия - разобщила мне мыслительные процессы», «неосознанность своих психических процессов и «не-проявление» своей энергии наружу - это мой грех». Был уверен, что его душу борются Бог и дьявол, «Каждый из них хочет, чтобы я стал полноценным и выбрал его сторону». Поясняет: «Бог и дьявол воздействуют на меня, т.к. хотят сделать меня цельным». Раскрывал, как именно он чувствует на себе их воздействие: «Бог касается нежно и любяще – создаёт в моем теле и голове тёплые и светлые нервные импульсы», «дьявол путает мысли, заставляет меня думать его мыслями, подменяет мне их, заставляет меня чувствовать обиду, зависть, боль и чёрствость в сердце». Пояснял, что чувствует, как Бог и дьявол синхронно воздействуют на него своими силами, «в эти моменты у меня в голове и теле давлющие чувства». «После укола воздействия меньше стало, я уже не боялся говорить». Уверял, что после этого воздействия у него произошёл выброс внутренней энергии, и он уже не станет прежним, «жизнь разделилась на «до и после», теперь я буду всеми силами стремиться соединится со своими психическими процессами». Был благостен, периодически экзальтирован. Тяготился своим состоянием, сообщал, что находится в состоянии нездоровья, просил о помощи.

Было назначено лечение луразидоном в дозе 80 мг в сутки. В течение первых 10 дней продолжал активно высказывать жалобы на ощущение отчуждённости психических процессов. Продолжал чувствовать на себе воздействие со стороны Бога и дьявола, испытывал тягостные телесные сенсации. Настроение было неустойчивым. Двигательно был оживлён, заламывал руки, громким голосом читал молитвы, часто крестился. Сон был с неоднократными пробуждениями, поверхностный. Учитывая выраженность психотических переживаний и сохраняющуюся остроту состояния, доза луразидона была повышена до максимальной - 160 мг/сутки. К концу первого месяца терапии состояние улучшилось - консолидировалось мышление, купировались сенестопатические, а

затем ассоциативные психические автоматизмы, упорядочился в поведении, выровнялся фон настроения, бредовые идеи воздействия утратили свою аффективную окраску, активно в переживаниях пациента не звучали. В начале лечения пациент был обследован по шкале PANSS. Исходный уровень тяжести расстройств был - 112 баллов, через 30 дней от начала терапии итоговый балл по данной шкале составлял – 84 баллов. Стал общаться с пациентами своего возраста, играл в настольные игры, выполнял утром зарядку, шутил, стал активно интересоваться выпиской, строил реальные планы на будущее, регулярно созванивался с приятелями. Сформировалась критика к перенесённому состоянию. При обследовании по шкале PANSS накануне выписки тяжесть психического расстройства было оценена на 67 баллов.

Анализ случая.

Рассматривая данные анамнеза, можно сделать вывод, что около 5-х лет назад, на фоне возникновения тревоги связанной с субъективным ощущением пациентом собственной несостоятельности, возник период метафизической интоксикации, сопровождавшийся появлением новых, несвойственных ранее интересов, в сочетании с резким сужением круга контактов. Манифестация психоза произошла вне связи с провоцирующим фактором в форме острого галлюцинаторно-параноидного состояния, достаточно хорошо купировавшегося приёмом антипсихотика. В межприступный период, на фоне отсутствия поддерживающей антипсихотической терапии, прослеживались неоднократные транзиторные психотические и квазипсихтические состояния, однако не наблюдалось выраженного волевого регресса и явлений социальной дезадаптации, что указывает на низкую степень прогредиентности процесса.

Настоящий приступ болезни возник без явного провоцирующего фактора. Состояние было расценено нами как острый бредовой вариант синдрома Кандинского-Клерамбо в рамках приступообразно-прогредиентной параноидной шизофрении. В структуре синдрома представлены острые чувственные бредовые идеи воздействия, овладения, манихейский бред; «шелест мыслей», звучание мыслей, ассоциативные (идеаторные) и сенестопатические (сенсорные) психические автоматизмы, ощущение отчуждения собственных психических процессов; структурные нарушения мышления в виде паралогичности, разноплановости, смысловых соскальзываний; соответствующее контексту бредовых переживаний бредовое поведение. Содержательная часть синдрома отражает религиозную фабулу, что, по всей видимости, является проявлением индивидуальных убеждений пациента и демонстрирует особенность его личности. Выраженность аффективной окраски бредовых переживаний вкупе с экзальтацией говорят в пользу остроты психического состояния. Эпизод моторного замирания можно расценить как бредовое поведение.

Анализируя последовательность развития психоза можно предположить, что острый синдром Кандинского-Клерамбо в данном случае является этапом до конца неразвернувшегося онейроидного приступа.

Стоит отметить, что в начале терапии пункт P2 шкалы PANSS – «концептуальная дезорганизация мышления исходный уровень определялся как – 6, через месяц от начала терапии – 4, перед выпиской данный показатель составлял

- 3. По мнению М.А. Морозовой [1], при применении антипсихотиков II поколения - клозапина и оланзапина - у пациентов с диагнозом приступообразно-прогредиентная шизофрения динамика состояния в целом зависит от редукции дезорганизации мыслительных процессов, а не от выраженности бредовой и галлюцинаторной симптоматики как таковой. В данном клиническом случае редукция психопатологических симптомов происходила в том же порядке: вначале происходила консолидация процессов мышления, затем - редукция психических автоматизмов, снижение аффективной заряженности с дальнейшим нивелированием бредовой продукции, стабилизация настроения, повышение уровня социальной активности и продуктивности.

Выводы. Можно сделать вывод о том, что закономерности редукции психопатологических расстройств при остром приступе приступообразно-прогредиентной параноидной шизофрении, описанные для атипичных антипсихотиков II поколения, сохраняют свою актуальность и для нового атипичного антипсихотика луразидона, позиционирующегося как антипсихотик III поколения [3].

Литература

1. *Морозова М.А. Атипичные антипсихотики в терапии приступообразно-прогредиентной шизофрении: структурно динамический анализ, 2003.*
2. *Шмуклер А.Б. Новый атипичный антипсихотик луразидон: результаты рандомизированных клинических исследований // Социальная и клиническая психиатрия. - 2019. - т. 29, №3.*
3. *Беккер Р.А., Быков Ю.В. Эффективность и безопасность антипсихотика III поколения луразидона (Латуда) при шизофрении и биполярных депрессиях (обзор литературы с комментариями // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2019. - Том 21, №4.*

КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У ПРИЗЫВНИКОВ, РАНЕЕ ПРИЗНАННЫХ НЕГОДНЫМИ К НЕСЕНИЮ СРОЧНОЙ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ

Лисаускене О.В.

Областная клиническая психиатрическая больница
Ярославль

Актуальность работы. В структуре пограничных психических расстройств, послуживших причиной освобождения от срочной службы в армии, эмоционально неустойчивое расстройство личности занимает ведущее место.

При катамнестическом исследовании динамика сформировавшегося расстройства личности по эмоционально неустойчивому типу, по литературным данным, имеет три варианта: а) благоприятный (24,1%), б) стационарный (31,0%), в) неблагоприятный с нарастанием дисгармоничности, присоединением аддикций, учащением противоправных действий (44,8%).

Цели и задачи исследования. Изучить динамику эмоционально неустойчивого расстройства личности по результатам пятилетнего катамнестического исследования.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе анализировались амбулаторные карты 67 призывников, архивные истории болезни, проходивших медицинское освидетельствование в условиях подросткового отделения ГБУЗ ЯО ЯОКПБ, сведения от близких родственников, амбулаторные карты соматических поликлиник, школьные и производственные характеристики. Все обследованные были признаны негодными к несению срочной военной службы в связи с эмоционально неустойчивым расстройством личности, в соответствии с Приказом МО от 1987г. №260 и от 1995 г. №315. Сведения заносились в « Анкету анамнестического исследования призывника». На втором этапе проведено клинико-катамнестическое (в течение 5 лет) обследование больных, признанных ранее негодными к несению военной службы по призыву. Сведения заносились в «Анкету катамнестического исследования призывника». Проводилось клиническое сравнение первого и последующих (спустя 2, 3, 4, 5 лет) исследований, а также проводился факторный анализ и его интерпретация с целью выявления наиболее устойчивых связей, формирующих устойчивое патологическое состояние.

Результаты исследования. В соответствии с психопатологической картиной расстройства, психологическим статусом пациенты с эмоционально неустойчивым расстройством личности разделены на две группы: импульсивный (43 человека) и пограничный (24 человека). У подростков на момент призыва в армию выявлены множественные причины и следствия этих причин, повлекшие за собой снижение социальной адаптации, невозможность службы в армии. Спустя

пять лет, согласно клиническому анализу а «Анкете катамнестического исследования призывника» в большинстве случаев выявлено продолжающееся снижение социальной адаптации, увеличение количества пациентов, употребляющих алкоголь и другие ПАВ, снижение критической оценки своего состояния без сглаживания типов клинической картины. То есть у большинства (78,69% случаев) имел место прогрессирующий тип течения расстройства со снижением социальной адаптации.

Учитывая многофакторность эмоционально-неустойчивого расстройства личности, была сделана попытка методом главных компонент (факторов) с ротацией фактора выделить наиболее устойчивые патологические связи симптомов, на которые должно быть направлено терапевтическое воздействие(медикаментозное, психолого-коррекционное, реабилитационное и пр.). Факторный анализ определил «жесткое звено» симптомов данного расстройства личности - комплекс взаимосвязанных симптомов, которые не исчезают на протяжении 5 лет катамнестического исследования. Часть симптомов находились по отношению к друг к другу в реципрокных отношениях: невысокий интеллект, элементы инертности и импульсивности в способах действия, черты эмоционально-волевой неустойчивости, ослабление аффективно-волевой регуляции, трудности конструктивного взаимодействия при отсутствии незрелости, зависимости от окружающих, тревожности. Другие сочетания клинических симптомов неустойчивы, изменяются на протяжении всего периода катамнестического наблюдения от фактора к фактору.

Выводы.

1. В результате оценки психического статуса призывников, анализа анамнестических и клинических особенностей эмоционально неустойчивых личностных расстройств, повлиявшие на признание их негодными к несению военной службы по призыву, установлены два типа данного расстройства личности: импульсивный и пограничный.

2. При катамнестическом исследовании в течение дальнейших пяти лет наблюдалось (без сглаживания типов) усложнение клинической картины заболевания.

3. Факторный анализ позволил выявить «жесткое звено» системой организации клинических симптомов при эмоционально неустойчивом расстройстве личности, которое устойчиво дублируется при всех обследованиях (во время призыва и катамнеза в течение 5 лет. В «гибких звеньях» системной организации симптомов сочетания не имеют устойчивого характера.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Литвинцев С.В.

Санкт-Петербургский Институт усовершенствования врачей-экспертов
Санкт-Петербург

В настоящее время российская психиатрия переживает трудные времена. Десятилетиями она придерживалась нозологической парадигмы, созданной Э. Крепелиным на рубеже XIX-XX веков на смену клинико-наблюдательно-описательной и нашедшей своё особенное развитие в России.

Психические заболевания привычно дифференцировались на частные, конкретные варианты с большей частью гипотетическими рассуждениями об их этиологии, патогенезе и патологической анатомии. Алгоритм процесса диагностики болезней строился на том, что вся психическая патология является продуктом больного мозга и, как и любая иная патология, должна выражаться симптомами и синдромами.

В рамках нозологической парадигмы вся психическая патология разделялась на соответствующие патопластические образования, каждое их которых облекалось в название той или иной конкретной психической болезни со структурой из психопатологических феноменов, обозначаемых в рамках существующей на данный период семиотики, впрочем, никогда не отличающейся совершенством её унификации и являющейся до сих пор предметом дискуссий среди психопатологов.

К настоящему времени фактические наблюдения психопатологических феноменов утонули в их терминологии, подчёркивая тем самым несостоятельность существующего понятийного аппарата. Вместе с тем, в любой области познания понятия не только составляют «тело науки», но и находятся между собой в определённых отношениях, образуя, в конечном итоге, их систему, то есть систему понятий. К сожалению, сейчас наличествует смешение патопсихологических понятий с психопатологическими, что в первую очередь объясняется схожестью языка. Однако психопатологические симптомы и синдромы как клинические понятия отличаются от прочих неклинических (например, психологических) тем, что, конституируя психическую болезнь, они находятся между собой в определённых закономерных отношениях, образуя устойчивую системную связь. В то же время отношение психологических понятий к болезни не носит такой закономерности, а потому их констатации придаётся факультативный, иногда даже случайный характер, без какой-либо обязательности.

Все психические болезни в отечественных систематиках ранее традиционно группировались в кластеры, обозначаемые в учебниках и руководствах то как эндогенные и экзогенные, то как функциональные и органические, последние подразделялись ещё на эндогенно-органические и экзогенно-органические.

Представленное обозначение указанных групп подразумевает сведение заболеваний по некоей общности не очень ясных исследователям причинных факторов. А поскольку этиология большинства нозологических форм остаётся «камнем преткновения», создание систематик по этому принципу вызывало и вызывает споры и дискуссии, отчётливо демонстрируя несовершенство наших знаний.

Данные варианты группирования психических нарушений не содержат серьёзного научного обоснования. Клиническая практика свидетельствует о том, что многообразие этиологических факторов, участвующих в формировании любого психического заболевания, в зависимости от их присутствия и сочетаний привносит в клиническую картину разные психопатологические феномены и наоборот, одни и те же синдромы и симптомокомплексы, подтверждая свою неспецифичность, могут встречаться в структуре психических расстройств, явно различаемых по причинам их возникновения и динамике течения. Не выдержало также проверки временем и наличие декларируемых закономерностей в рамках синдромокинеза и синдромотаксиса при формировании и течении любых психопатологических процессов.

Указанная эволюция во взглядах на психическую патологию сказалась на необходимости разработки систематик, хотя бы в какой-то степени им отвечающим. Следует признать, что современные классификации (МКБ-10, МКБ-11, DSM-IV, DSM-V) как в зеркале, отражают наше незнание биологических и психологических механизмов возникновения, формирования и течения патологических психических процессов. Лексикон психопатологических понятий представлен в них не симптомами и синдромами, а большей частью дескриптивными и дискриминирующими признаками.

В современных систематиках произошло обесценивание клинической симптоматики, их «развенчивание». На такой основе невозможно даже пытаться как методологически, так и теоретически синтезировать синдромологию и клиническую нозологию. Усугубляют ситуацию существующие глоссарии психиатрических терминов, неспособные унифицировать для понимания целый ряд психопатологических понятий, таких как симптом, синдром, симптомокомплекс, психическое заболевание и их место в клинической психиатрии.

Поэтому патопсихологические признаки и психопатологические симптомы часто не дифференцируются, хотя их различение возможно даже на чисто лингвистической основе. Для этого необходимо клиническое понимание содержания переживаний пациента, умение вчувствоваться в них (по К. Ясперсу), с последующим расчленением этих переживаний на отдельные элементы, то есть феномены, их структурно-логическим осмышлением и соответствующим обозначением. Тогда близкие по внешней форме, но качественно разные понятия приобретут возможность называться либо аутизмом, либо интроверсией, резонёрством либо демагогией, амбивалентностью или нерешительностью, апатией или эмоциональной холодностью, абулией или леностью, проказливостью, смешливостью или дурашливостью и гебоидностью, манерностью или вычурностью и т.д., то есть разница в обозначениях станет существенной.

Изложенные проблемы, существующие в понятийном аппарате психопатологии, касающиеся как нозологических единиц в целом, так и их феноменологического содержания, пока что далеки от разрешения. Безусловно, они требуют большой и терпеливой работы и мультидисциплинарного подхода в целях изучения особенностей и закономерностей происхождения, течения и исходов психопатологических процессов. В противном случае происходящая сейчас в клинической психиатрии «депсихопатологизация» будет закреплять мнимую ненанодобность исследования психопатологических симптомов синдромов и их структуры, приведёт к невозможности создания механизма, позволяющего обеспечить более или менее единую информацию для описания различных диагностических рубрик и продолжит обеднять клиническое мышление практикующих психиатров.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛЫХ ДЕПРЕССИЙ В РАМКАХ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА АНТИДЕПРЕССАНТАМИ СИОЗС И АТИПИЧНЫМИ АНТИПСИХОТИКАМИ

Лобанова И.В.

Ярославский государственный медицинский университет
Ярославль

Актуальность проблемы, в первую очередь, связана с высокой распространенностью депрессивных расстройств. Несмотря на большое количество современных антидепрессантов, богатый опыт их применения, эффективность монотерапии составляет порядка 50-70%. Стратегия аугментации антидепрессивной терапии путем добавления в схему лечения препаратов других групп получает все большее распространение. В литературе имеются данные об успешном использовании с этой целью атипичных антипсихотиков, однако эффективность, безопасность, особенности действия конкретных сочетаний во многом требуют уточнения.

Цель и задачи исследования: изучить возможность повышения эффективности терапии тяжелых рекуррентных депрессий путем совместного применения СИОЗС и атипичных антипсихотиков, как на этапе купирования острой симптоматики, так и на этапе поддерживающего лечения.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 107 пациентов Ярославской областной клинической психиатрической больницы. Возраст от 18 до 45 лет, диагноз по МКБ 10: рекуррентное депрессивное расстройство, тяжелый депрессивный эпизод, без психотических симптомов (HDRS-17) ≥ 26. В общей сложности обследовано 3 группы пациентов. В первой группе пациентам проводилась монотерапия сертралином, во второй - комбинацией сертралина и амисульприда, в третьей - сочетание флуоксетина и оланзапина. Все группы были равнозначны по основным показателям. В дальнейшем пациенты первой и второй групп продолжили участие в катамнестическом этапе исследования, получая терапию теми же препаратами с коррекцией доз. Наблюдение продолжалось в течение 1 года (активная регистрация результатов осуществлялась через 3, 6, 9, 12 месяцев). Сравнение результатов производилось между группами, а также в каждой из групп в зависимости от структуры депрессии (простая или сложная). Помимо методов описательной статистики применялся корреляционный и факторный анализ.

Результаты исследования. Совместное применение сертралина с амисульпридом более эффективно, чем монотерапиясертралином, особенно при лечении тяжелых депрессий, имеющих сложную структуру. Это касается и быстроты наступившего эффекта и конечного результата. Количество респондеров при монотерапии антидепрессантом - 73,17%, при совместном

применении с амисульпридом - 85,30%. При монотерапии «очень хорошего» результата выявлено не было.

Вне зависимости от структуры депрессии на оба вида терапии пациенты реагировали более значимо первые 10 дней. В группе монотерапии между 10 и 20 днями происходит замедление ослабления депрессии, особенно при наличии в структуре депрессии факультативных симптомов ($p>0,05$). К 40 дню лечения сочетанная терапия давала лучший результат. При терапии «сложных» по структуре депрессий применение сочетания препаратов наиболее эффективно (количество респондеров, соответственно, 65,38% и 88,92%).

В группе сочетанной терапии, по сравнению с монотерапией, к концу исследования результат лечения депрессии оказался лучше по большинству пунктов шкалы HAM-D, за исключением пункта «заторможенность», где отмечено превосходство монотерапии ($p<0,05$).

Сочетанное применение сертралина и амисульприда начинает действовать быстрее (в первые 10 дней, $p<0,001$); комбинация флуоксетина с оланзапином- к 20 дню ($p<0,001$) с выравниванием показателей к концу 6-й недели исследования ($p>0,05$).

При «простой» структуре депрессии количество респондеров меньше в группе сертралина, амисульприда (81,25%), чем в группе флуоксетина, оланзапина (92,86%). При «сложной» - сочетание сертралина с амисульпридом оказалось эффективнее (88,92% респондеров; в группе флуоксетина, оланзапина - 66,67%).

При анализе усредненных показателей отдельных пунктов шкалы HAM-D отмечается неравномерность их редукции и некоторые различия по конечному результату между группами. По пунктам «депрессивное настроение», «ранняя бессонница», «средняя бессонница», «тревожное возбуждение», «психическая тревога», «ипохондрия» - итоговый результат оказался значимо лучше в группе флуоксетина, оланзапина. Такие пункты как «поздняя бессонница», «работоспособность и активность», «соматическая тревога», «общие соматические симптомы» и «генитальные симптомы» имели достоверно лучший результат к 40-му дню лечения в группе сертралина, амисульприда. По остальным пунктам шкалы Гамильтона конечный результат не имел значимой разницы между группами.

Эффективность терапии в обеих группах битерапии коррелировала с лучшим качеством ($Rs=-0,48$ в обеих группах) и большей продолжительностью ($Rs=+0,40$; $Rs=+0,37$) предшествующей ремиссии, с возрастом пациентов: чем моложе пациенты, тем эффективнее лечение ($\tau=-0,20$: $\tau=-0,27$), а также зависела от структуры депрессии ($\tau=-0,20$ и $\tau=-0,34$), терапия эффективнее при более простой структуре. Меньшая эффективность лечения в группе сертралина и амисульприда сопряжена с возникновением нежелательных явлений ($\tau=-0,26$), в группе флуоксетина, оланзапина - с большей давностью заболевания ($\tau=-0,25$), большим количеством предшествовавших депрессивных эпизодов ($\tau=-0,37$). В обеих группах отягощенная наследственность коррелировала с ранним дебютом заболевания ($\tau=-0,38$; $\tau=-0,26$).

Методом факторного анализа зафиксированы во всех трех группах до начала исследования в определяющих факторах, с наибольшей факторной нагрузкой симптомы тревоги, имеющие взаимосвязь с собственно депрессивными симптомами.

За 12 месяцев катамнестического наблюдения (сравнение монотерапии сертралином и комбинации сертралина с амисульпридом) в обеих группах зафиксирован одинаковый процент возникновения депрессивных эпизодов, но при монотерапии чаще отмечались обострения в первые 3 месяца и были более продолжительными, а при сочетании с антипсихотиком больше процент рецидивов в период между 3 и 9 месяцами катамнестического наблюдения.

В группе комбинированной терапии в возникновении повторных депрессий имели значение модифицируемые факторы: нарушения режима терапии и психотравмирующие ситуации, в то время как в группе монотерапии они чаще развивались аутохтонно. В некоторых случаях в группе сочетанной терапии депрессии купировались увеличением доз применяемых препаратов, а в группе сертралина для этого, как правило, требовалась смена терапии. В ряде случаев применялось добавление амисульприда к сертралину, с выходом в ремиссию хорошего качества.

В каждой из групп за период катамнестического наблюдения происходило дозревание ремиссий, при этом качество ремиссий значительно лучше при комбинированной терапии, выше процент полных ремиссий. К концу года в группе монотерапии полных ремиссий достигнуто менее чем у 40% пациентов; в группе сочетанной терапии - более 60%

Выводы.

1. Монотерапия антидепрессантом (СИОЗС) тяжелого депрессивного эпизода в рамках рекуррентного депрессивного расстройства недостаточно эффективна, особенно при сложной структуре депрессии. Отмечается замедление действия препарата между 10 и 20 днями лечения, неравномерность и мозаичность ослабления клинических симптомов депрессии, сохранение устойчивой связи между тревогой и собственно депрессивными симптомами (факторный анализ).
2. Аугментация антидепрессанта (СИОЗС) атипичным антипсихотиком приводит к повышению эффективности терапии тяжелых рекуррентных депрессий, в том числе и имеющих сложную структуру, обеспечивает более быстрое начало антидепрессивного действия, «разрыв» патологических связей между симптомами.
3. Сочетание сертралина с амисульпридом начинает действовать быстрее на редукцию депрессивной симптоматики, чем комбинация флуоксетина и оланзапина, с выравниванием показателей к концу 6 недели лечения. При терапии тяжелых депрессий, имеющих простую структуру, наиболее эффективно сочетание флуоксетина и оланзапина, при терапии сложных депрессий лучше результаты аугментации сертралина амисульпридом.
4. Предикторы эффективности терапии тяжелой рекуррентной депрессии: молодой возраст пациентов, «высокое» качество и большая продолжительность предшествующей ремиссии, небольшой «стаж» заболевания, малое количество перенесенных эпизодов, простая структура депрессии.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Марачев М.П.,[1] Жабин М.Ю.,[2] Аведисова А.С.[1]

[1] НМИЦ ПН им. В.П. Сербского
[2] Городская клиническая психиатрическая больница №1
- филиал «Психиатрическая больница № 14»
Москва

Актуальность. В России помощь пациентам с хроническими психоневрологическими заболеваниями оказывается в психоневрологических интернатах (ПНИ), до поступления в которые пациенты в течение 2-6 месяцев проходят комплексную медико-социальную и клиническую оценку в психиатрической больнице паллиативного профиля. Одним из определяющих факторов в формировании дальнейшего индивидуального терапевтического маршрута для пациента является оценка сопутствующей соматической патологии.

Цель исследования. Ретроспективный анализ клинических характеристик пациентов с тяжелыми хроническими психическими расстройствами на этапе оказания паллиативной психиатрической помощи.

Материалы и методы. Для ретроспективного анализа рандомизировано отобрано 490 историй болезни (всего за 2018 год - 1599) из числа лечившихся в ПБ №14 (филиал ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ») в 2018 году в отделениях сестринского ухода. В соответствии со сведениями из историй болезни заполнялась специально разработанная регистрационная карта, включающая в себя 4 раздела: I. Социо-демографические сведения (до поступления в ПБ14). II. Психиатрический анамнез (до поступления в ПБ14). III. Психиатрический анамнез в ПБ14. IV. Общесоматический анамнез.

Результаты и их обсуждение. Выборка (n=490) состояла преимущественно из женщин (55%) в возрасте 65 лет. В подавляющем большинстве случаев пациенты были одиноки (29,8% - холостые, 25,9% - вдовые, 17,8% - в разводе), лишь 15,3% пациентов состояли в браке (11% историй болезни не содержали данных о социальном статусе). В 34,5% случаев пациенты получили среднее специальное образование, в 24,9% - высшее, около 4% пациентов - без образования (37% - сведений нет). 96% имели собственное жильё (4% - сведений нет), при этом одиноко проживало 28%, на долю совместного проживания приходился 72%. У 38% пациентов взаимоотношения с близкими носили конфликтный характер. Все пациенты были неработающими на момент госпитализации. Из них: пенсионерами по возрасту оказались 46%, никогда не работали 13%. 39% пациентов до поступления в учреждение уже были лишены дееспособности. Средний возраст на момент лишения дееспособности составил 57,5 лет.

Средний возраст возникновения психических расстройств составил 46 лет (вклад высокой доли пациентов с тяжелыми когнитивными расстройствами). 91,2% пациентов состояли на учёте в ПНД до поступления в стационар и 78,2% имели одну или более госпитализаций в психиатрическую больницу.

Наиболее распространённым клиническим диагнозом являлось органическое, включая симптоматическое, психическое расстройство (диапазон шифров МКБ-10 F00-09) - 61,2% случаев, включая 90% диагноз «деменция» (F00-03). Второй по распространенности диагноз - «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» (F20-29) – 32,9% случаев. В 5,3% случаев отмечена «Умственная отсталость» (F70-79). Наименее представленными оказались подклассы F10-19 и F50-59 (0,4% и 0,2%, соответственно). Подклассы F30-39, F40-49 и F60-69 не были представлены в выборке. Половина пациентов была подвержена тому или иному виду зависимости: 23,3% - никотиновая зависимость, 22,4% - алкоголизм, 0,8% - зависимость от ПАВ.

У 12 (2,4%) пациентов не обнаружено никаких соматических заболеваний (средний возраст – 44 года). Среди остальных респондентов уровень коморбидной соматической патологии составлял в среднем 4,5 нозологии на человека. Самыми распространёнными соматическими заболеваниями являлись заболевания лёгких - 82,2% (43,4% у мужчин и 56,6% у женщин), ишемическая болезнь сердца – 70,4% (42% у мужчин и 58% у женщин), хронические нарушения мозгового кровообращения (дисциркуляторные энцефалопатии) - 67,1% случаев (47,7% у мужчин и 52,3% у женщин). Гипертензия была представлена в 55,9% случаев (38% у мужчин и 62% у женщин), метаболический синдром – 36,9% (38,1% у мужчин и 61,9% у женщин), сахарный диабет – 17,1% (39,3% у мужчин и 60,7% у женщин), заболевания почек – 16,9% (38,6% у мужчин и 61,4% у женщин), заболевания ЖКТ – в 15,7% (55,8% у мужчин и 44,2 у женщин), анемия – в 13,5% случаев (31,8% у мужчин и 68,2% у женщин).

Выводы. Формирование индивидуального терапевтического маршрута пациентов с тяжелыми хроническими психическими расстройствами необходимо проводить с учетом социальной и клинической характеристики данной выборки в целом, представленной преимущественно пациентами пожилого возраста с тяжелыми когнитивными нарушениями или выраженными негативными изменениями личности, соматической мультиморбидностью, отчетливым снижением социальной адаптации.

ПУТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И НЕМЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМИ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Марачев М.П.[1], Аркуша И.А.[1], Акжигитов Р.Г.[2], Аведисова А.С.[1]

[1] НМИЦ ПН им. В.П. Сербского
[2] Научно-практический психоневрологический центр им. З.П.Соловьева
Москва

Целью исследования являлось изучение маршрутов потребления медицинской и немедицинской помощи пациентами с тревожными расстройствами (маршрутизация пациентов) с момента появления первых симптомов до обращения за специализированной психиатрической помощью.

Материалы и методы. Исследование – когортное обсервационное. В исследование включались больные старше 18 лет, впервые обратившиеся в консультативное отделение ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ, с диагнозами (по МКБ-10): социальная фобия (СФ) (F40.1), паническое расстройство (ПР) (F41.0), генерализованное тревожное расстройство (ГТР) (F41.1), тревожное расстройство, вызванное разлукой (ТРВР) (F93.0, исключая критерий возраста начала). Критериями исключения являлись шизофрения, бредовые расстройства, расстройства, связанные с употреблением ПАВ, наличие острой психопатологической симптоматики. Методы исследования: клинико-психопатологический, психометрический с использованием структурированного интервью на основе Международного композитного диагностического интервью (World Health Organization World Mental Health Composite International Diagnostic Interview – WHO CIDI) и формы для выявления путей обращения за психиатрической помощью (World Health Organization Pathways to Care Encounter Form – WHO PCEF), включающих демографические данные, информацию о путях обращения за помощью и видах лечения (до и после курса терапии). Статистический анализ проводился с помощью пакета компьютерных программ SPSS.

Результаты. Обследовано 100 человек. Средний возраст опрошенных составил 36,2±12,1 лет, в выборке преобладали женщины (80%). Период с момента появления первых симптомов до первого обращения за специализированной помощью - в среднем 7,9±9,9 лет (ГТР = 8,8±12,5, СФ = 8,3±8,6, ПР = 5,4±7,2; ТРВР=10,6±11,3), в течение которого имели место от 1 до 6 (в среднем 1,8±1) эпизода заболевания.

Самыми востребованными специалистами, за помощью к которым пациенты обращались в этот период, были: соматические специалисты (терапевты, неврологи) (37,4%) и психиатры (21,5%) (разовые посещения, которые не сопровождались назначением стандартного курса лечения с соблюдением установленных сроков терапии). Немедицинская помощь составляла 16,4%

(психологи – 6,8%, специалисты по акупунктуре и экстрасенсы – по 0,9%, другие (хиропрактики, целители, гомеопаты, травники и др.) – 7,8%). Пациенты с СФ чаще всего обращались к специалистам соматического профиля (37,5%), психиатрам (25%), психологам и психотерапевтам (12,5%); с ГТР - к соматическим специалистам (29,4%), психологам (11,8%), врачам скорой медицинской помощи (11,8%), психиатрам (5,9%), психотерапевтам (5,9%). Люди, страдающие ПР до обращения за специализированной психиатрической помощью, были пациентами соматических специалистов (51,7%), врачей скорой медицинской помощи (20,7%). Взрослые пациенты с ТРВР в 50% случаев обращались за помощью к психиатрам, 30% - к психологам, реже (15%) к специалистам соматического профиля.

Выводы. Результаты указывают на имеющуюся длительную задержку в получении помощи в специализированном психиатрическом учреждении пациентами с тревожными расстройствами. Несвоевременность оказания специализированной помощи усугубляет социальное и экономическое бремя тревожных расстройств.

СПЕЦИФИКА РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ У ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНЫМ СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Мелёхин А.И.

Москва

Актуальность исследования. Лечение синдрома раздраженного кишечника (СРК) привлекает все большее международное внимание, поскольку терапия одной тактикой редко снимает беспокоящие симптомы у всех пациентов. За последние несколько лет при лечении *рефрактерного синдрома раздраженного кишечника* наряду с гастроэнтерологической тактикой все больше показана эффективность применения различных протоколов *когнитивно-поведенческой терапии*, *схема-терапии*, делающих акцент на работу с ранними дезадаптивными когнитивными схемами [3]. Теория схем Дж. Янга (Young's schema theory) предполагает, что экспрессия ранних дезадаптивных схем лежит в основе многочисленных психических расстройств: тревожный спектр, общее расстройство поведения, расстройства пищевого поведения, злоупотребление алкоголем, депрессии, обсессивно-компульсивное расстройства и др. [2]. Показано, что каждое психическое расстройство, каждый пациент демонстрирует *индивидуальный профиль ранних дезадаптивных схем.* Рассматривая рефрактерное течение синдрома раздраженного кишечника через призму общей *когнитивной теории психопатологии А. Бека*, то когнитивные предубеждения (или схемы) пациента участвуют в этиологии и поддержании симптомов. Согласно *интегративной модели формирования соматическим симптомов Р. Брауна* (integrative model for the formation of somatic symptoms [1]), когнивные схемы пациента смешают восприятие и внимание, приводят к неправильно интерпретации ощущений и телесных сигналов. Несмотря на ключевую роль дезадаптивных схем в этой модели, по сей день специфика ранних дезадаптивных схем при синдроме раздраженного кишечника изучена меньше, чем при расстройствах настроении, тревожном спектре расстройств, соматизации. Исследование ранних дезадаптивных схем при СРК внесет вклад в психопатологический аспект данного расстройств, поможет улучшить понимание психических процессов, на которые следует обратить внимание при лечении данного расстройства.

Цель исследования: выявить специфику ранних дезадаптивных схем у пациентов с синдромом раздраженного кишечника, также связь экспрессии схем с симптомами депрессии, тревоги и тяжестью соматических проявлений.

Участники исследования: 1) *основная группа* 40 женщин с диагнозом рубрики К58 по международной классификации болезней 10-го пересмотра. Средний возраст женщин составил 33,1±10,3 года. Средняя продолжительность СРК составила 38,4 мес., что свидетельствует о рефрактерном течении СРК на основе IV римских критериев диагностики подтипа СРК преобладали

«смешанный» с абдоминальной болью (38,4%), «диарейный» (32,2%) и «запорный» (7,3%) типы; 2) *контрольная группа* - 40 женщин (средний возраст, 35,2±8,1 лет) не имеющими каких-либо гастроэнтерологических нарушений.

Критерии исключения: наличие сопутствующего органического заболевания желудочно-кишечного тракта (например, воспалительного заболевания кишечника, инфекционный колит), тяжёлой сопутствующей патологии (например, онкологии, ишемической болезни сердца, метаболических, аутоиммунных заболеваний), беременность, когнитивные нарушения, текущий или прошлый диагноз шизофрении или других психотических расстройств, а также текущий диагноз злоупотребления психоактивными веществами или алкоголем.

Методики исследования: IBS-SSS, YSQ-SF, GAD-7, PHQ-9

Результаты исследования. Пациенты в СРК показали значительно более выраженную экспрессию ранних дезадаптивных схем, оцененные по шкале YSQ (218,04±64,3), по сравнению с здоровыми людьми (109,04±22,1, $F(1,154)=26,11, p<0,001, \eta2=0,151$). Наблюдаются более выраженные симптомы генерализованного тревожного расстройства (чувствовали, что не могут расслабиться; казалось, что случится что-то ужасное, раздражительность, катастрофизация), депрессии (плохо думали о себе, были разочарованы в себе, наклеивали на себя негативные ярлыки) у пациентов с СРК в отличии от контрольной группы. Показано, что наличие у пациентов с СРК ранних дезадаптивных схем связано с тяжестью симптомов раздраженного кишечника, избегающим и перестраховочным поведением специфичным при тревожных расстройствах, тревоги о здоровье (IBS-SSS,$p<0,01$). Также эти схемы (общий балл по экспрессии схем, YSQ) имеют связь с симптомами генерализованного тревожного расстройства (GAD-7, $F (1,94)=71,21, p<0,001, \eta2=0,422$) и депрессией (PHQ-9, $F (1,91) = 69,11, p<0,001, \eta2=0,400$). Однако, симптомы тревоги, а не депрессии играют опосредующую роль во взаимосвязи между экспрессией ранних дезадаптивных схемам и тяжестью симптомов СРК. По сравнению с контрольной группой, у пациентов с СРК наблюдаются самые высокие показатели по схемам: 1) которые включают ожидания того, что потребности человека в безопасности и стабильности не будут удовлетворены предсказуемым образом; 2) которые включают ожидания относительно себя и окружающей среды, которые мешают воспринимаемой способности человека функционировать независимо и благополучно.

- ***«Негативизм/пессимизм»*** (12,9±6,2, $d=0,85$), в мышлении пациентов преобладают мысли, что «ничего хорошего ждать не нужно», первичная оценка ситуаций через призму негатива. Постоянная сосредоточенность на проблемах, «подвохах», неудачах. Обесценивание и не распознавание хорошего в настоящем. Это со временем приводит к развитию хронической тревожной картины мира с постоянным пребыванием в состоянии повышенной бдительности. Схема «негативизм/пессимизм» связана с высокими показателями симптомов тревоги (по GAD-7, $r=0,518, p<0,001$) и выраженностью симптомов СРК (IBS-SSS,$r=0,472$). Говоря про выраженную экспрессию схемы «негативизм/пессимизм» у пациентов с СРК следует говорить про наличие у них *катастрофизирующего когнитивного стиля*, который часто свойственен пациентам с соматоформным расстройством.

• ***«Недоверие/социальная изоляция»*** (14,6±7,5 d=0,85), преобладает ощущение, что человек изолирован от мира, отличается от других и не является частью сообщества.

• ***«Поиск одобрения»*** (18,2±9,0 d=0, 91), выражается в мыслях пациента о том, хороший ли он. Самооценка зависит от мнения людей, постоянная озабоченность тем, как на него смотрят другие люди. Экспрессия данной схемы сопряжена с выраженностью симптомом тревоги у пациентов с СРК.

• ***«Эмоциональная депривация»*** (10,2±6.3, d=82) присутствует ожидание того, что желание получить эмоциональную поддержку, заботу, сочувствие или защиту со стороны других людей не будет удовлетворено.

• ***«Уязвимость»*** (10,9 5.1 d=0,81), преобладание у пациентов мыслей «а вдруг произойдет…», постоянное ожидание беды, катастрофы, болезни. Мир воспринимается небезопасным и нужно всего предостерегаться, перестраховываться, пребывать в «боевом» режиме. Пациентам с СРК свойственная повышенная чувствительность к критике, отвержения. Они часто считают себя нежелательными, бесполезными, бракованными, поломанными. Присутствует недоверие к собственному телу и искаженное его восприятие. Наличие схемы «уязвимость» у пациентов с СРК приводит к большему поиску лекарств и/или лечения.

Интересно отметить наличие у пациентов с СРК двух контрастных схем «поиск одобрения» и «недоверие/социальная изоляция». Пациенты с СРК часто действуют в дискриминации чужих желаний, игнорируя их восприятие, чрезмерно чувствительны к отказу. Наличие схемы недоверия, говорит о пребывание готовности что они будут обязательно ранены, обмануты, унижены другими. Говоря про схему «уязвимости» то Схемы «эмоциональная депривация», «недоверие», «уязвимости» согласно теории Дж. Янга связана с наличием жестокого обращение в детстве (эмоциональное, физическое насилие). Переживания отстраненности, жестокого или непредсказуемого семейного окружения играют важную роль у пациентов с СРК.

Выводы. Результаты нашего исследования показывают, что схемы «негативизм/пессимизм», «недоверие/социальная изоляция», «поиск одобрения», «эмоциональная депривация», «уязвимость» следует систематически оценивать у пациентов с рефрактерным течением синдрома раздраженного кишечника. Диагностика экспрессии схем может принести дополнительную пользу в построении индивидуального протокола когнитивно-поведенческой терапии данной группы пациентов.

Литература

1. *Brown R.J. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. // Psychol. Bull. 2004. Vol. 130. № 5. P. 793–812. http://doi.org/10. 1037/0033-2909.130.5.793*
2. *Davoodi E. Wen A. Dobson K.S. Early maladaptive schemas in depression and somatization disorder. // J Affect Disord. 2018. Vol. 1. P.82-89. doi: 10.1016/j.jad.2018.04.017.*

3. *Fukudo S., Okumura T., Inamori M. Evidence-based clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome 2020. // J Gastroenterol. 2021. Vol. 56. № 3. P. 193-217. doi: 10.1007/s00535-020-01746-z.*

ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Мухаметова А.И., Васильев В.В.

Ижевская государственная медицинская академия
Ижевск

Актуальность работы. Соматоформные расстройства представляют собой группу психических расстройств, объединенных общим признаком – наличием необоснованных соматических жалоб [2]. Распространенность их среди пациентов общесоматической сети, согласно литературным данным, может достигать 30 – 40% [1, 3, 4]. При этом отсутствие своевременной и адекватной терапии формирует тенденцию к хронизации данных расстройств, способствуя значимому экономическому ущербу, который они наносят обществу. Ведущим методом лечения соматоформных расстройств в настоящее время считается психотерапия. Имеющиеся в литературе сообщения отражают разные методологические подходы к ней, при этом единая концепция психотерапии соматоформных расстройств отсутствует. Между тем, для формирования такой концепции большое значение имеет знание той личностно-психологической почвы, на которой развиваются соматоформные расстройства. Однако число исследований, посвященных выявлению личностно-психологических характеристик пациентов с указанными расстройствами, могущих служить мишенями психотерапевтического воздействия, в настоящее время остается недостаточным.

Цель: дополнить имеющиеся данные о личностно-психологических характеристиках пациентов с соматоформными расстройствами.

Задачи: 1. Изучить характерологические особенности пациентов с соматоформными расстройствами; 2. Изучить выраженность алекситимии у пациентов с соматоформными расстройствами.

Материалы и методы. Было обследовано 26 пациентов стационарного отделения неврозов БУЗ и СПЭ УР «Республиканская клиническая психиатрическая больница МЗ УР» (г. Ижевск) с диагнозами, относящимися к рубрике F45 «Соматоформные расстройства» МКБ-10, из них 7 мужчин и 19 женщин. Средний возраст пациентов составил 37,7±2,0 лет. Исследование проводилось экспериментально-психологическим методом с использованием Индивидуально-типологического опросника Л.Н. Собчик и Торонтской алекситимической шкалы (TAS-26).

Результаты. Типы характера у исследуемых пациентов определялись с учетом ведущих личностных тенденций, выявленных с помощью Индивидуально-типологического опросника. Квалификация типов характера осуществлялась в соответствии с классификацией, принятой в современной отечественной клинической характерологии. В результате было установлено, что ведущими типами характера у исследуемых пациентов явились психастенический и

истерический (по 30,77%). На третьем по частоте месте оказался эпилептоидный тип характера, однако его представленность в исследуемой выборке была существенно меньше (11,54%). Следует отметить, что среди исследуемых пациентов полностью отсутствовали лица с ананкастическим и неустойчивым типами характера, что указывает на возможную нетипичность данных характеров для лиц, страдающих соматоформными расстройствами.

При изучении уровня алекситимии у исследуемых пациентов выяснилось, что ни один из них не принадлежал к неалекситимическому личностному типу. У двух третей (65,38%) пациентов был квалифицирован алекситимический тип личности и еще у одной трети (34,62%) – промежуточный по алекситимии тип. В целом полученные результаты говорят об аномально высоком уровне алекситимии у представителей исследуемой выборки и подтверждают представления о ее значимой роли в формировании психосоматических расстройств, к числу которых принадлежат, в том числе, и соматоформные расстройства.

Выводы.

1. Ведущими типами характера у лиц, страдающих соматоформными расстройствами, являются психастенический и истерический. Учитывая наличие существенных различий между этими двумя типами характера, данный результат может косвенно свидетельствовать о существовании различных механизмов психогенеза соматоформных расстройств.

2. Лицам, страдающим соматоформными расстройствами, присущ повышенный уровень алекситимии, что указывает на возможную ее роль в качестве личностно-психологического предиктора данных расстройств.

Литература

1. *Кухтевич И.И. Соматоформные расстройства в клинической практике. – Пенза: Приволжский дом знаний, 2017. – 128 с.*
2. *Собенников В.С., Белялов Ф.И. Соматизация и психосоматические расстройства. – Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. – 115 с.*
3. *Собенников В.С. Соматизация и соматоформные расстройства. – Иркутск, 2014. – 304с.*
4. *Чижова А.И. Роль личностных особенностей пациента в терапии соматоформных расстройств // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – №2. – С. 383-385.*

ИЗУЧЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ СЕНСОРНО-КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И ЭНДОГЕННОЙ ДЕПРЕССИИ

Мухитова Ю.В.[1,2], Исаева Е.Р.[1], Трегубенко И.А.[1], Шошина И.И.[1]

[1] Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
[2] Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко
Санкт-Петербург

Актуальность. Когнитивные нарушения у больных шизофренией предшествуют развитию основной клинической картины, остаются относительно стабильными на протяжении всего периода заболевания и слабо зависят от клинических проявлений и проводимой лекарственной терапии. При этом физиологические механизмы изменений когнитивной деятельности остаются не до конца ясными. Отсутствует ясность относительно механизмов когнитивных нарушений и при аффективных расстройствах. В метааналитических исследованиях представлены попытки построить «когнитивный профиль» больных с аффективным расстройством, однако, представленные научные данные представляются довольно противоречивыми.

Цель исследования: определение механизмов сенсорно-когнитивных нарушений (в частности, мышления), наблюдающихся при шизофрении и эндогенной депрессии, и их связи с изменением функционирования магно- и парвоцеллюлярных нейронных систем на разных этапах заболевания (при поддержке гранта РФФИ 18-013-01245).

Материалы и методы. Обследованы пациенты с диагнозом шизофрения (60 человек) и с эндогенной депрессией (25 человек). Использовались психофизиологические методы: метод визоконтрастометрии (оценка контрастной чувствительности зрительной системы) и метод оценки помехоустойчивости зрительной системы (колец Ландольта), направленные на оценку функционального состояния магно- и парвоклеточных нейронных сетей, обеспечивающих механизмы глобального и локального анализа информации. Экспериментально-психологические методы: методики «Исключение лишнего», методика «ТМТ», «фигуры Поппельрейтера», «Недорисованные изображения». Расчет математико-статистических данных производился в программе STATISTICA 10 с использованием следующих методов статистического анализа данных: сравнительный анализ с использованием критерия Манна-Уитни, корреляционный анализ по Спирмену.

Результаты исследования. Сравнительный анализ мышления больных шизофренией и больных с эндогенной депрессией выявляет большую степень снижение процесса обобщений ($p<0,01$), искажение процесса обобщений ($p<0,01$),

снижение мотивационно-личностного компонента (p<0,001) у больных шизофренией.

1. Мышление во взаимосвязи с показателями функционального состояния магно- и парвоцеллюлярных систем у больных с эндогенной депрессией. Установлена выраженная прямая корреляционная связь между контрастной чувствительностью в диапазоне средних пространственных частот (взаимодействие магноцеллярной и парвацеллюлярной систем) с параметром "Уровень обобщения" (r=0,52). Установлена выраженная прямая корреляционная связь между контрастной чувствительностью в диапазоне низких пространственных частот (магноцеллярная система) с параметром "искажение процесса обобщений" (r=0,65) и «снижение мотивационного компонента мышления» (r=0,60) и обратная корреляционная связь между контрастной чувствительностью в диапазоне высоких пространственных частот (парвацеллюлярная система) с параметром "искажение процесса обобщений" (r=-0,51).

2. Мышление во взаимосвязи с показателями функционального состояния магно- и парвоцеллюлярных систем у больных с шизофренией. Установлена прямая корреляционная связь между контрастной чувствительностью в диапазоне низких пространственных частот (магноцеллюлярная система) с параметром "уровень обобщения"(r=0,25). Установлена прямая корреляционная связь между контрастной чувствительностью в диапазоне средних пространственных частот (взаимодействие магноцеллярной и парвацеллюлярной систем) с параметром "уровень обобщения" (r=0,26) и отрицательная корреляция с параметром "искажение процесса обобщения" (r=-0,34) по методике "Исключение 4-ого. Установлена прямая корреляционная связь между контрастной чувствительностью в диапазоне высоких пространственных частот (парвацеллюлярная система) с параметром "уровень обобщения" (r=0,28, абстрагирования и категоризации) и отрицательная корреляция с параметром "искажение процесса обобщения" (r=-0,36) по методике "Исключение 4-го лишнего".

Обсуждения и выводы. Зрительные нарушения на ранних уровнях обработки информации взаимосвязаны с высокоуровневыми познавательными дефицитами (мышление). В мыслительной деятельности уровень согласованности в работе парвоцеллюлярной и магноцеллюлярной нейронных систем обеспечивает эффективность процессов абстрагирования и категоризации. В процессе исследования было продемонстрировано, что чем активнее магноцеллюлярная система, тем менее целенаправленной становится познавательная, в том числе мыслительная деятельность, снижается регуляторный компонент психической деятельности. Чем выше помехоустойчивость, тем более организованным и целенаправленным будет процесс мышления. Также обнаружено, что чем выше уровень активности парвоцеллюлярной системы, тем меньше актуализации латентных признаков допускает пациент. Активность парвоцеллюлярной системы отрицательно коррелирует с количеством нарушений мышления, что свидетельствует о вкладе парвоцеллюлярной нейронной системы в целенаправленный, упорядоченный, детализированный и последовательный анализ и отбор признаков при решении задач. В целом, уровень согласованности в

работе двух систем и помехоустойчивость обеспечивают селективность и отбор значимых и существенных признаков в процессе мыслительной деятельности у больных с эндогенными расстройствами.

КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Напалков И.В., Иванова Т.И.

Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова
Омск

Актуальность. Депрессивный синдром включает ряд компонентов, одним из которых является функциональное когнитивное угасание, которое в ряде случаев может напоминать когнитивный дефект в рамках синдрома деменции. На фоне депрессии в когнитивном статусе пациентов отмечаются такие изменения как: снижение темпа мышления, ослабление внимания, неспецифическое снижение памяти, снижение стойкости к умственной нагрузке. Данные нарушения можно иногда отнести к «подкорково-лобному» нейрокогнитивному типу, что роднит их с нарушениями на фоне цереброваскулярной патологии. Однако принимая во внимание клиническую гетерогенность депрессивного синдрома, выраженность, а также нейропсихологический профиль когнитивной дисфункции при депрессии может существенно различаться.

Цель и задачи исследования: Оценка влияния депрессивной симптоматики на когнитивное функционирование.

Материал и методы: 45 пациентов в возрасте 64 [60; 69] лет с наличием депрессивной симптоматики. Нозологическая структура депрессии представлена следующим образом: Депрессивный эпизод средней степени F32.1 в 35,6% (n=16); Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов F32.2 в 4,4% (n=2); Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени F33.1 в 20% (n=9); Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов F33.2 в 8,9% (n=4); Смешанное тревожное и депрессивное расстройство F41.2 в 31,1% (n=14).

Путем проведения психопатологического и психометрического исследования проводился скрининг и оценка психического статуса участников исследования, в ходе чего были получены качественные и количественные характеристики, которые в последующем были подвергнуты статистическому анализу.

С целью скрининга депрессивной симптоматики использовались гериатрическая шкала депрессии (GDS-15) и Корнельская шкала депрессии у больных с деменцией. На скрининг когнитивных нарушений были направлены Монреальская шкала оценки когнитивных функций и Тест «батарея лобной дисфункции».

Результаты. В ходе проведения статистического анализа были выявлены компоненты депрессивного синдрома, наличие и выраженность которых коррелировала с выраженностью когнитивного снижения. К таким компонентам относятся снижение фона настроения, колебания фона настроения в течении суток,

тревожность, апатия (в рамках апатического депрессивного синдрома), лабильность настроения и раздражительность. Негативное влияние данных компонентов депрессивного синдрома оценивалась на отдельных когнитивных функциях:

Таблица 1.

Когнитивная тропность симптомов, входящих в структуру депрессивного синдрома

Компоненты синдрома депрессии	**Когнитивные функции**
Снижение фона настроения	СИН, темп, качество мышления, внимание, праксис
Суточные колебания настроения	Речь
Эмоциональная лабильность	Память
Тревога	СП, Речь
Раздражительность	СИН, память
Апатия	СП

СИН – стойкость к интеллектуальной нагрузке, СП – Способность к планированию;

Сниженный фон настроения в большей степени сказывался на стойкости к интеллектуальной нагрузке, темпе и качестве мышления ($p<0,01$), в меньшей степени приводил к ослаблению внимания и нарушению праксиса ($p<0,05$). Колебания настроения в течении суток незначительно сказалось на функции речи ($p<0,05$). Эмоциональная лабильность отразилась на памяти ($p<0,05$). Наличие тревоги отрицательно влияло на способности к планированию ($p<0,01$) и на речи ($p<0,05$), а раздражительности на стойкости к интеллектуальным нагрузкам ($p<0,01$) и на запоминании ($p<0,05$). Апатия коррелировала со снижением способности планировать свою деятельность ($p<0,01$) (Таблица 1).

Выводы. Изменения в любой сфере психики неминуемо затрагивает все остальные ее составляющие, в связи с чем их разделение носит условный характер. В данном случае было подтверждено, что депрессивный синдром ассоциируется с когнитивной дисфункцией, также установлено, что отдельные депрессивные проявления обладают некоторым когнитивным тропизмом. Наибольшим подавляющим влиянием на когнитивные функции обладает гипотимия, которая способна затрагивать ядро интеллекта, приводя к снижению темпа мышления и его обстоятельности.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА ТЕРРИТОРИИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Некрасов Д.А., Алифанова М.К.

Волгоградский государственный медицинский университет
Волгоград

Введение. Проблема расстройств аутистического спектра (РАС) является одной из самых актуальность в детской психиатрии 21 века. В Российской Федерации до определенного времени данный диагноз ставился не так часто, сейчас ситуация обратная.

Цель. Рассмотреть социо-эпидемиологические характеристики РАС на территории Волгоградской области.

Задачи. Оценить семейный статус детей с диагнозом РАС, уровень получаемого образования, возраст постановки диагноза и начала терапии.

Материалы и методы. Материалами послужили медицинские амбулаторные карты пациентов, состоящих на учете в психоневрологическом диспансере. Выборкой послужили 20 карт. Критерии включения: пациенты, с выставленным диагнозом рубрики F84: F84.1 (Атипичный аутизм), F84.2 (Синдром Ретта), F84.3 (Другое дезинтегративное расстройство детского возраста).

Результаты и их обсуждения: Средний возраст пациента на момент проведения исследования составил 8,4 года. Большинство (80%) – лица мужского пола, воспитывающиеся в полной семье. В неполной семье воспитываются 20% пациентов (есть один родитель). Подавляющее большинство пациентов организовано и посещают учебные заведения различного уровня (не организовано 10% детей - они воспитываются дома): 10% посещает общеразвивающую группу в массовом детском саду, 20% посещают группу для детей с задержкой психического развития, 10% посещает группу для детей с задержкой психического развития, 40% посещают группу "Особый ребенок", 10% посещает общеобразовательный класс в массовой школе.

Анализируя «образовательный маршрут» стоит отметить, что 50% пациентов были ранее не организованы и воспитывались в домашних условиях, впоследствии обратились в образовательные учреждения; 30% посещали общеобразовательную группу в массовом детском саду. 20% процентов детей посещали группу для детей с задержкой психического развития. При первичном обращении направительным диагнозами были: F.88 (Другие расстройства психологического развития) – 50%, F.80 (Специфические расстройства развития речи и языка) – 30% , F.70.9 (Умственная отсталость легкой степени без указаний на нарушение поведения) – 10%, F.83 (Смешанные специфические расстройства психологического развития) – 10%. Возраст детей при первичном обращении за психиатрической помощью, в среднем, составил 3,7 лет, причем в большинстве случаев причинами обращения к

психиатру были: консультации (прямое обращение) – 30%, консультация (по направлению смежных специалистов – логопедов и неврологов) – 30%, направления на МСЭ – 30%, заключение для ПМПК (при оформлении в коррекционные сады/школы) – 10%.

В ходе исследования выявлено, что установление диагноза аутизма и начало специфических терапевтических мероприятий были значительно отстрочены во времени, так только у 55% больных верификация расстройства аутистического спектра была осуществлена до 5 лет. Средний возраст пациентов, при котором диагноз аутизма был выставлен впервые, соответствовал 5,4 годам. В подавляющем большинстве случаев (75%) диагностика проводилась на основе стационарного обследования. Диагнозы рубрики F84 (F84.0 – 10%; F84.1 – 90%) в 80% случаев выставлялись после нахождения в условиях дневного стационара, у 10% после консультации в федеральных медицинских центрах, у 10% при обследовании в условиях круглосуточного стационара.

У 90% пациентов использовалась нейро-метаболическая терапия (кортексин, глиатилин, эцефабол, пантогам, семакс), малые нейролептики были включены в терапию у 10% пациентов, у 80% использовались большие антипсихотики. В 30% случаев достоверно известно, что беременность была без особенностей и пренатальных факторов риска со стороны матери, 10% беременностей с помощью экстракорпоральных методов оплодотворения, 30% урогенитальные инфекции, 10% тяжелый стресс, 20% угроза прерывания(плацентарные причины). У 70% женщин были преждевременные роды, у 30% своевременные роды. У 80% женщин родоразрешение было путем кесарева сечения, у 20% родоразрешение было самостоятельным.

Выводы. Таким образом, в исследовании выявлен ряд недостатков в ведении больных с РАС, среди которых основными были отсроченная диагностика и недостаточно рациональная фармакологическая терапия. В качестве способов по коррекции имеющихся проблем в оказании психиатрической помощи предлагается совершенствование существующих диагностических средств, и более широкое назначение специфической психотропной терапии.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ КОМОРБИДНОСТИ ШИЗОФРЕНИИ И ДЕПРЕССИИ

Новицкий М.А.[1], Шнайдер Н.А.[1,2], Петров А.В.[2], Насырова Р.Ф. [1,3]

[1] НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург
[2] Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого
Красноярск
[3] Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко
Санкт-Петербург

Актуальность: Наряду с генетическими и средовыми факторами, важную роль в патогенезе аффективных расстройств играют генетические и эпигенетические факторы [1]. Появляется все больше доказательств наличия общих генетических факторов риска как развития шизофрении, так и депрессии. Полногеномное ассоциативное исследование пяти основных психических расстройств показало, что однонуклеотидные варианты (ОНВ) в хромосомных локусах 3p21 и 10q24, а также гены *CACNA1C* и *CACNB2*, кодирующие субъединицы кальциевых каналов, в значительной степени ассоциированы с шизофренией, депрессией, биполярным расстройством, дефицитом внимания с гиперактивностью (СДВГ) и расстройств аутистического спектра (РАС). Кроме того, подгруппа пациентов с шизофренией, которые также страдают депрессией, оказалась полезной для поиска генетических ассоциаций, включая гены-кандидаты: ген *GRIN1,* кодирующий субъединицу NMDA рецептора; ген *GPM6A,* кодирующий гликопротеин, модулирующий стресс в гиппокампе [2]. Растущее число генетических исследований в последнее десятилетие указывает на возможные общие молекулярные пути, лежащие в основе шизофрении и депрессии.

Цель: обзор потенциальных молекулярно-генетических механизмов коморбидности шизофрении и депрессии.

Материалы и методы: нами проведён поиск и анализ русскоязычной и зарубежной литературы в базах данных PubMed, Springer, Wiley Online Library, Taylor&Francis Online, Science Direct и eLIBRARY.RU с использованием ключевых слов и их сочетаний: шизофрения (schizophrenia), депрессия (depression), взаимосвязь (comorbidity), патофизиология (pathophysiology), механизм (mechanism), генетика (genetics). Глубина поиска составила 10 лет (2010–2020 гг.). Кроме того, в анализ включались более поздние публикации, имеющие исторический интерес. Анализировались полнотекстовые оригинальные статьи, обзоры, мета-анализы, клинические наблюдения. Всего найдено 459 статей, из них в настоящей работе проанализировано 45 статей, соответствующие цели настоящего исследования.

Результаты. Нами показано, что молекулярные механизмы, связывающие шизофрению и депрессию, полигенны. Наиболее изученными являются гены-кандидаты: *GRIN1; GPM6A; SEPTIN4; TPH1; TPH2; CACNA1C; CACNB; BCL9.*

Выводы: Анализ проведенных ранее полногеномных и ассоциативных генетических исследований коморбидных состояний (шизофрении и депрессивных расстройств) свидетельствует о схожести генетических предикторов и молекулярных механизмов, рассматриваемых психических расстройств, что коррелирует с проведенными эпидемиологическими и клиническими исследованиями коморбидности шизофрении и депрессии. Трансляция результатов генетических исследований в клиническую психиатрию является важным с позиции бурно развивающейся персонализированной медицины, поскольку персонализированный подход к прогнозированию риска депрессивных расстройств у больных шизофренией может обеспечить повышение эффективности и безопасности антипсихотической терапии, оптимизировать подбор антидепрессантов, повысить качество жизни пациентов с шизофренией, снизить число суицидальных попыток и завершенных суицидов, у рассматриваемой категории пациентов.

Наибольшее число исследований, которые можно признать клинически значимыми, посвящены роли следующих генов кандидатов: *GRIN1, GPM6A, TPH1, CACNA1C, CACNB, BCL9*. Кроме того, отмечается рост числа ассоциативных исследований ОНВ и микросаттелитных генетических маркеров, что побуждает исследователей и клиницистов рассмотреть вопрос о необходимости разработки генетических панелей и алгоритмов принятия решений по их применению в реальной клинической практике.

Литература

1. *Kalueff A. V., Demin K. A., Volgin A. D. Genomic mechanisms of anxiety and depression pathogenesis in experimental models. V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. 2019;(4-1):48–50.*
2. *Boks M. P. M., Hoogendoorn M., Jungerius B. J., Bakker S. C., Sommer I. E., Sinke R. J., Ophoff R. A., Kahn R. S. Do mood symptoms subdivide the schizophrenia phenotype? Association of the GMP6A gene with a depression subgroup. American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics. 2008;147B(6):707–711.*

ВЛИЯНИЕ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА НА КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ

Нурходжаев С.Н.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность изучения депрессивных нарушений вызвана с их высокой распространенностью и низким качеством диагностики, неблагоприятным влиянием на развитие, течение и прогноз многих соматических заболеваний, на показатели трудоспособности и качества жизни пациентов, высоким социально-экономическим бременем депрессий [2, 3]. Особую значимость приобретает данное исследование в силу сложившихся обстоятельств с пандемией COVID-19, провоцирующей обострение депрессивной симптоматики и психоэмоционального состояния различных возрастных и социальных групп населения [1, 4, 5].

Цель исследования: изучить влияние предменструального синдрома у женщин на клинико-динамические особенности терапевтически резистентных депрессий, коморбидных с расстройствами личности.

Материал и методы: Обследованы 55 пациенток в возрасте от 17 до 45 лет, находившихся на стационарном лечении. Критерием для отбора пациенток было наличие на момент госпитализации депрессивной патологии с превалированием симптомокомплекса ПМС и личностных расстройств, отвечающим диагностическим критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), а также регистрируемая в течение трёх недель госпитализации фармакорезистентность к назначаемым психотропным препаратам. В ходе исследования использовали Стандартизированный многофакторный метод исследования личности – СМИЛ (MMPI) (Собчик Л.Н., 2002), шкалы SIGH-SAD (Williams J., 1992), опросник структуры личности и темпераментаTCI-125 (Cloninger C., 1991).

Результаты. Вся исследуемая выборка была разделена на две группы. В основную группу вошли 36 женщин, у которых в клинической картине терапевтически резистентных депрессий выявлялся чётко очерченный предменструальный синдром. В группу сравнения вошли 19 пациенток без ПМС. На инициальном этапе исследования в общей выборке обследуемых пациентов были выявлены личностные расстройства. В основной группе были установлены диагнозы расстройств личности в 63,8% (n=23) случаев - смешанное расстройство личности (F61.0), в 22,2% (n=8) случаев – пограничное расстройство личности (F60.31), в 13,8% (n=5) случаев – истерическое расстройство личности (F60.4). В группе сравнения личностные особенности не достигали критериев личностного расстройства, однако отмечались акцентуированные личностные черты характера. Согласно диагностическим критериям МКБ-10, аффективные расстройства,

связанные с менструальным циклом, могут быть соотнесены с аффективными нарушениями (например, как депрессивный эпизод, возникающий в связи с менструальным циклом - F38.8).

В пользу связи ПМС с формированием ТРД может свидетельствовать тот факт, что при терапии ПМС может быть эффективно использование антидепрессантов (особенно из группы СИОЗС). В основной группе среднее количество лет между началом аффективного расстройства и появлением симптомов ПМС составило 15,8±9,4 года. ПМС в основной группе пациенток предшествовал началу аффективного расстройства, при этом возраст к началу ПМС у пациенток основной группы был более ранним, чем у пациенток группы сравнения; встречаемость ПМС была статистически выше у пациенток с коморбидным личностным расстройством. В основной группе обследуемых женщин на фоне ПМС были значительно выражены депрессивные растройства, отмечалось раннее начало и неблагополучное в прогностическом плане течение заболевания, а также сочетанная патология личностных характеристик пациентов с преобладанием истеро-возбудимых черт характера. Клиническая картина депрессивной симптоматики у пациенток основной группы отличалась преобладанием дисфорического компонента с тоскливо-злобным настроением, на высоте которого отмечалось возникновение суицидальных тенденций.

Выводы. Таким образом, наличие предменструального синдрома в клинической картине терапевтически резистентных депрессий у женщин с личностными расстройствами обусловливает большую тяжесть текущего депрессивного эпизода, большую выраженность типичных симптомов депрессии, имеет неблагоприятный исход в прогностическом плане эффективности фармакотерапии.

Литература

1. *Абдуллаева В.К., Нурходжаев С.Н. Клинико-психопатологическая характеристика депрессивных расстройств, коморбидных с расстройствами личности. // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии: сб. науч. трудов– Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. Выпуск 15-с 4-8.*
2. *Винокур В.А. Депрессия как проблема общей врачебной практики //Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г.– Вып. XV. / Под ред. В.И. Мазурова. – СПб. «Альта Астра» – 2015. –46с.*
3. *Мазо Г.Э. Терапия депрессии: кризис или новые возможности // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.– [Электронное издание]. – СПб.: Альта Астра, 2017-128с.*
4. *Нурходжаев С.Н., Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б. Клинические аспекты фармакорезистентных депрессий // Сборник докладов VI Всероссийской научной конференции молодых специалистов, аспирантов, ординаторов «Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста» / ред. кол.: Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, Е.В. Филиппов, И.А. Федотов; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань, 2020. – с. 82-85*

5. *Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states. Danish Scientific Journal. 2020. VOL 3, No 5 pp. 24-27.*

ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ МЯГКИХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ

Оганесян Н.Ю.[1], Кирсанова С.Л.[2]

[1] Городская психиатрическая больница №6
[2] Городская психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца
Санкт-Петербург

Актуальность. В течение последних десятилетий достаточно активно происходит изучение двигательных расстройств [1]. Среди них выделяют так называемые неврологические мягкие признаки (NSS), представляющие особый интерес, так как они были определены, как возможные эндофенотипические проявления шизофрении, из-за их высокой распространенности у пациентов с шизофренией. Эти неврологические нарушения связаны с негативными симптомами и поведенческой дезорганизацией, помимо нейрокогнитивных нарушений. Кроме того, NSS позволит дифференцировать несколько подгрупп больных шизофренией с особенностями лечения, наблюдения, социальной и нейрокогнитивной реабилитации. Первичную моторную функцию при шизофрении можно разделить на две большие группы: 1) количественные: замедление психомоторные, брадикинезия, акинезия и снижение физической активности и 2) качественные: неврологические признаки мягкие (NSS), ненормальные непроизвольные движения и кататонические явления, которые можно понимать как континуум. NSS незначительные, объективные и тонкие неврологические нарушения, которые были предварительно классифицированы в следующие размеры: 1) координация движений, 2) последовательность сложных двигательных актов, 3) функции интегративно-сенсорные и 4) примитивные рефлексы [3]. Клиническое исследование NSS при расстройствах шизофренического спектра может способствовать выявлению определенной группы пациентов (например, рефрактерная шизофрения, не поддающаяся лечению) с различным течением заболевания и особыми требованиями в отношении лечения, наблюдения, реабилитации социальной и нейрокогнитивной. Тем не менее, мы должны помнить, что исследования, проведенные в отношении других психических расстройств, показывают довольно противоречивые результаты, поэтому в настоящее время мы не можем говорить о специфике NSS для психоза в целом и шизофрении в частности. Поэтому необходимо исследовать эти двигательные признаки по следующим причинам: 1) непосредственно проверить ассоциацию между поведением и функцией мозга при шизофренических расстройствах; 2) понять неврологическое развитие при шизофрении и 3) достижение новых терапевтических целей или фармакологических методов лечения с меньшими побочными эффектами.

Гипотеза исследования. Такие негативные симптомы шизофрении как бред и галлюцинации отражаются на мимике, походке, координации движений и внимании. Если поражаются участки головного мозга, отвечающие за мышление и эмоции, то участки мозга, которые находятся рядом - моторные зоны, поражаются зеркально. Поэтому, переводя координацию движений из хаотичных в упорядоченные, мы можем опосредованно влиять на бред и галлюцинации, включая моторное внимание.

Цель исследования: определить особенности мягких неврологических признаков (NSS – Neurological soft signs) и возможность их коррекции у больных шизофренией, получающих танцевально-двигательную терапию в стационаре.

Материалы и методы. В условиях пандемии Covid-19 реабилитационная работа в психиатрических стационарах претерпела свои изменения. Формировать группы пациентов из разных отделений не представлялось возможным, поэтому танцевально-двигательная терапия проводилась индивидуально с опорой на нейромоторную составляющую данного метода. Исследование проводилось в двух стационарах двумя танцевальными терапевтами одной научной школы.

В исследовании приняли участие 90 пациентов, получающих лечение в ГПБ №6 и 40 пациентов, получающих лечение в ПБ Святого Николая Чудотворца. Из них 90 женщин и 40 мужчин с диагнозом F 20.00 и F 20.01. Все являются инвалидами II группы. Возраст 28-56 лет. 100 пациентов получали индивидуальную танцевально-двигательную терапию в количестве 10 сессий два раза в неделю с опорой на нейромоторную составляющую данного метода, т.е. серию упражнений на координацию движений. Из них при первичном обследовании моторных функций нарушение координации по шизофреническому типу было диагностировано у 57%, кататонические симптомы были выявлены у 6%, органические нарушения моторики у 37%. 30 пациентов обследовались с помощью психомоторных методик [2, 4, 5] в состоянии обострения (с разрешения лечащего врача) и танцевально-двигательную терапию не получали. Все пациенты получали фармакологическое лечение в соответствии с актуальным состоянием на момент исследования.

Результаты и обсуждение. По обследованным пациентам, получивших танцевально-двигательную терапию можно отметить следующее. В группе больных шизофренией с нарушениями координации и пространственной ориентации по шизофреническому типу у 57% из 100 пациентов, удалось получить наибольший эффект моторной коррекции. Также из 6 пациентов с кататонией у 4-х удалось провести коррекцию симптоматики. Что касается пациентов с органическими поражениями головного мозга, у 37% из 100 значительных успехов в динамике моторной сферы достичь не удалось, но эмоциональный фон и внимание значительно повысились.

Выводы. Моторика, как первичный психический процесс, разрушается последней, поэтому может быть главной мишенью психотерапии у больных шизофренией [4]. Вербальная психотерапия требует устойчивых когнитивных связей, но у больных шизофренией происходит возбуждение вербальных центров коры полушарий головного мозга, которые работают патологически. Притормозить эти возбуждающие процессы наиболее эффективно можно,

применяя любую другую деятельность, отличную от когнитивного понимания. В данном случае - танцевально-двигательная терапия с включением нейромоторных упражнений. Но это должна быть целенаправленная деятельность для конкретных больных, проводимая профессионалами.

Литература

1. *Hirjak D., Thomann P.A., Kubera K.M., Wolf N.D., Sambataro F & Wolf, R.C. (2015). Motor dysfunction within the schizophrenia-spectrum: A dimensional step towards an underappreciated domain. Schizophrenia Research, 169(1-3), 217–233.*
2. *Luis Elmer Ramos Valerio Методика КМСЕ в динамике антропософской танцевальной психотерапии. Теоретическое обоснование. Система диагностики. Оценка эффективности. LAP LAMBERT Academic publishing, 2019., 93 p.*
3. *Milena Adamkova & Bela Hatlova (Eds) Psychomotor Therapy in the Treatment of Sshizophrenia University of J.E. Purkyne in Usti nad labem, Czech republic, 2012, 272p.*
4. *Оганесян Н.Ю. Теоретико-методологические аспекты танцевальной терапии больных шизофрении // Вестник Санкт-Петербургского Университета, СПб., Сер 12., Вып. 2. Ч.I, 2009, стр.206-214, 308 с.*
5. *Озерецкий Н.И., Гуревич М.О. Психомоторика-М.-Л.: Гос. Мед. Из-во, 1930.Ч.1.-169с.; Ч.2.-174с.*

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИЙ НА ФОНЕ СНИЖЕННОГО УРОВНЯ ТЕСТОСТЕРОНА У МУЖЧИН

Осадший Ю.Ю.

Ростовский государственный медицинский университет
Ростов-на-Дону

Цель. Оценка эффективности и безопасности фармакологической терапии тестостерон дефицитарных депрессий (ТДД).

Материалы и методы. В основную группу были включены 37 мужчин с депрессивным эпизодом, возникшим на фоне снижения уровня тестостерона (≤12,1 нмоль/л). Контрольную группу (КГ) составили мужчины (n=40) в возрасте от 18 до 65 лет, страдающие депрессией, в соответствии с критериями МКБ-10 (F32, F33), с нормальным уровнем тестостерона. Пациенты были рандомизированы в одну из 3 групп. Группа ОГ-1 (n=13) получала терапию антидепрессантом из группы СИОЗС (сертралин). Группа ОГ-2 (n=10) получала гормональную заместительную терапию, тестостерон-гель для наружного применения, 50 мг/сут. Группа ОГ-3 (n=14) получала комбинированную терапию, сертралин + тестостерон-гель.

Результаты. Наиболее эффективным методом фармакотерапии ТДД является комбинированная терапия антидепрессант+тестостерон за счет достаточного влияния и на аффективную симптоматику, и на нарушения сексуальной сферы. В группе пациентов с ТДД требовались меньшие средние дозы СИОЗС, что позволяло снизить вероятность побочных эффектов. Монотерапия антидепрессантом показала достаточную эффективность в отношении симптомов депрессии, в то время как не обнаружила достаточного положительного влияния на сексуальную функцию. Монотерапия тестостероном же, наоборот, продемонстрировала достаточную эффективность в отношении нарушений сексуальных функций и тревоги, но не была достаточно эффективна в отношении симптомов депрессии.

Заключение. Таким образом, депрессии у мужчин на фоне сниженного уровня тестостерона требует отдельных алгоритмов фармакологической помощи, включающих комбинированную терапию антидепрессантами и тестостероном.

РАЗЛИЧИЯ В ПОКАЗАТЕЛЯХ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ КРИТИЧНОСТИ

Пеккер М.В.

Городская психиатрическая больница №1 им. П. П. Кащенко
Санкт-Петербург

Актуальность. На современном этапе в сообществе специалистов по охране психического здоровья активно обсуждаются задачи, связанные с соотносимостью теоретических представлений и практических результатов нозологического и дименсионального подходов (см., например, материалы XVII съезда психиатров России). Предлагаемый нами подход представляет собой вариант интеграции указанных подходов с целью усовершенствования оценки критических функций больных шизофренией.

Под критичностью нами понимается неспецифическая способность оценивать и вносить корректирующие изменения, рассматриваемая в рамках концепции метакогнитивных функций [1,4]. Способы оценки критических функций у больных шизофренией традиционно сводятся к различным вариантам клинико-психологической или клинической оценки. В отечественной традиции подобная оценка может быть произвольной, на западе распространены подходы, позволяющие унифицировать ее за счет применения клинических шкал [2,3]. Мы предполагаем, что более продуктивным для оценки критичности может оказаться использование результатов соотнесения показателей когнитивного функционирования и клинико-психологической оценки (с учетом данных об отношении испытуемых к своим ошибочным решениям). Так может быть достоверно зафиксировано несоответствие между картиной объективно наблюдаемых нарушений и собственной оценкой испытуемым своего состояния. При этом нас интересуют не все имеющиеся когнитивные нарушения больных параноидной шизофренией, а только та разница в когнитивном функционировании, которую предположительно определяет влияние метакогниций.

Цель исследования – выявление особенностей критичности к суждениям, к болезненной симптоматике и к собственной личности у больных параноидной шизофренией и их взаимосвязи с когнитивными характеристиками данной категории больных.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 100 пациентов стационара СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко» в возрасте от 18 до 49 лет (средний возраст – 33 года), из них 57 - женщины. Клинико-психологический метод использовался для получения социально-демографических, клинических и психосоциальных характеристик больных. Психодиагностический комплекс включал широкий спектр отечественных и

западных экспериментальных методик, с помощью которых производился краткий нейропсихологический мониторинг; исследовались функции слухоречевой, рабочей, зрительно-моторной видов памяти, непроизвольного и отложенного запоминания; фиксировались показатели темпа психической деятельности, внимания; давалась патопсихологическая оценка нарушений мышления (по классификации Б.В. Зейгарник) и определялся показатель абстрактно-логического мышления.

Пациенты были разделены на две группы по выявляемому клинико-психологически уровню критичности с помощью кластеризации (метод Уорда) и предшествовавшей ей процедуры создания оптимальной факторной модели критичности. В качестве характеристик модели использовались шкалированные характеристики, такие как CFI, RSMEA, SRMR, χ^2 (степень свободы). Анализ межгрупповых различий производился с помощью критерия Манна-Уитни с поправкой на множественное тестирование гипотез Беньямини-Хохберга.

Результаты. Были обнаружены следующие достоверные различия между выделенными группами. Большая выраженность нарушений критичности взаимосвязана с относительно более низкими результатами пациентов по ряду когнитивных показателей: слухоречевого и зрительно-моторного запоминания; скорости психических процессов; уровня абстрагирования. Выраженность нарушений критичности имеет существенное значение в отношении числа ошибок по типу «искаженного восприятия»; показателя «эффективности научения» при воспроизведении слухоречевого материала; семантической беглости и выраженности нарушений мышления и, в частности, распространенности нарушений саморегуляции и аморфности мышления; показателя точности копирования сложной фигуры. На основании теоретического обобщения полученных данных выделены два типа ошибок, которые статистически достоверно чаще демонстрировали пациенты с более низким уровнем критичности. Первый обобщенно можно охарактеризовать, как нарушение распознавания ошибок в условиях непрерывного предъявления стимульного материала – игнорирование ошибок. Второй тип ошибок был связан с привнесением иррелевантной информации в процессе решения когнитивной задачи.

Выводы. Таким образом, было показано, что больные параноидной шизофренией с более низкой критичностью обнаруживают ряд достоверно более выраженных когнитивных нарушений. Данные наблюдения могут быть использованы при разработке инструментария для экспериментально-психологической оценки критичности, а также с целью расширения теоретических представлений о феномене.

Литература

1. *Блейхер В.М., И.В. Крук Толковый словарь психиатрических терминов.– Воронеж: НПО «Модэк», 1995. – 638 с.*
2. *Иржевская В.П., Рупчев Г.Е., Тхостов А.Ш., Морозова М.А. Проблема инсайта в современной патопсихологии // Вопросы психологии. 2008. №2. с. 145-153.*

3. *Beck A.T. et al. A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale / // Schizophrenia Research. – 2004. Vol. 68(2). – P. 319-329. doi:10.1016/s0920-9964(03)00189-0.*
4. *Flavell, J.H. Metacognitive Aspects of Problem Solving // The Nature of Intelligence. / Ed. by L.B. Resnick. – N.Y.: Hillsdale, 1976. – P. 231 – 235.*

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРОМОМ

Петров М.В., Иванова Е.А., Азарова Л.А.

Городская психиатрическая больница №1 им. П. П. Кащенко
Санкт-Петербург

Актуальность. Наличие когнитивных нарушений, их структура и степень выраженности позволяют достаточно надежно прогнозировать особенности динамики заболевания, характер социальной и профессиональной дезадаптации, эффективность лечения в целом (Иванов М.В., Незнанов Н.Г., 2008; Beblo T., Sinnamon G., Baune B.T., 2011), уровень комплаентности (Martinez-Aran A., Scott J., Colom F. et al., 2009), а также риск суицидального поведения (Westheide J., Quednow B.B., Kuhn K. et al., 2008). Выбор объективных инструментов скрининга и оценки данных нарушений является важным этапом как в диагностике, так и в прогнозе этих расстройств (Culpepper L., Lam R.W., 2017). В данном исследовании мы сконцентрируемся на вариативных когнитивных маркерах, которые наиболее часто выявляются в структуре тревожно-депрессивного синдрома, поскольку эта задача имеет большую практическую значимость. Выделение наиболее тесно ассоциированных с тревожно-депрессивным синдромом когнитивных нарушений поможет в объективной количественной верификации таких компонентов как идеаторная и моторная заторможенность и может служить индикатором степени выраженности синдрома. Опираясь на проделанный обзор современной литературы по проблеме когнитивных нарушений при аффективных расстройствах (Ершов Б.Б., Тагильцева А.В., 2015) мы выделили наиболее часто встречающиеся нарушения: снижение скорости переработки информации, снижение концентрации и способности к распределению внимания; ограничение объема рабочей памяти, снижение продуктивности научения и ретенции в слуховой модальности.

Цель исследования: поиск наиболее объективного скринингового метода в диагностике данного расстройства путем выявления взаимосвязи когнитивного функционирования в вышеперечисленных доменах с уровнем тревожной и депрессивной симптоматики.

Методы. Для оценки аффективного статуса была использована Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Количественная оценка скорости переработки информации, слуховой рабочей памяти, кратковременной и долговременной слухоречевой памяти оценивались по следующим субтестам: Шифровка, Последовательность чисел и Вербальная память из тестовой батареи Краткое исследование когнитивных функций при аффективных расстройствах (BAC-A) (Keefe, Fox, Davis et al., 2014), стандартизированной на российской выборке (Янушко М.Г., Шаманина М.В. и др., 2015). Показатели распределения и

переключения внимания оценивались при помощи Теста пос- ледовательных соединений (TMT) (Tombeau T.N., 2003).

Материалы. В исследовании принял участие 21 испытуемый с актуальным на момент обследования тревожно-депрессивным синдромом, спровоцированным сложными жизненными обстоятельствами, и испытуемые с эндогенными аффективными расстройствами. Все участники имели клинически значимый уровень тревожных и/или депрессивных симптомов согласно критериям HADS. 14 человек имели установленный диагноз рубрики F43 (реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации) с тревожно-депрессивным синдромом. 7 человек с аффективными расстройствами (F3), различающиеся по составу: двое испытуемых имели диагноз депрессивный эпизод, двое – рекуррентное депрессивное расстройство, двое – биполярное аффективное расстройство, один – другие уточненные расстройства настроения.

Результаты. Статистически значимых отличий между пациентами с тревожно-депрессивным синдромом психогенной и эндогенной этиологии в данном исследовании не обнаружено. Несмотря на сходство когнитивного функционирования в момент обострения, предположительные различия могут быть получены при дальнейшем проведении исследования пациентов в состоянии ремиссии, что возможно может повлиять на различный прогноз тревожно-депрессивного синдрома двух различных этиологий.

При проведении корреляционного анализа, выявлено, что депрессивная симптоматика в большей степени, чем тревожная коррелирует с показателями когнитивного функционирования. В общей выборке показатель депрессии имеет статистически значимую среднюю по силе отрицательную корреляцию со скоростью переработки информации ($r = -0.552$, $p = 0.041$). Присутствуют также относительно слабые корреляции депрессивной симптоматики с рабочей памятью ($r = -0.381$, $p = 0.179$) и отсроченной декларативной памятью в слуховой модальности ($r = -0.316$, $p = 0.271$), но данные взаимосвязи оказались статистически незначимыми. Неожиданно низкой оказалась корреляция депрессивной симптоматики с показателями теста последовательных соединений (TMT), в котором большую роль играет скорость зрительно-моторной координации при выполнении задачи на зрительный поиск и переключение внимания (часть A: $r = -0.147$, $p = 0.616$; часть B: $r = -0.012$, $p = 0.967$).

Заключение. Показатель скорости переработки информации, оцененный по субтесту батареи BAC-A, по сравнению с показателями распределения и переключения внимания (TMT) и показателями кратковременной и долговременной памяти (субтесты Последовательность чисел и Вербальная память батареи BAC-A), является наиболее ассоциированным с депрессивной симптоматикой и может рассматриваться в качестве объективного параметра оценки идеаторной заторможенности при депрессивном синдроме. Стоит отметить, что проведение данного субтеста просто в своем исполнении и проводится в течение двух минут, по сравнению с другими подобными тестами, например корректурной пробой. Данное исследование продолжается, с одной стороны в контексте проблемы специфичности выявленной взаимосвязи, а также более глобальной проблемы дифференциации эндофенотипических когнитивных

маркеров и параметров когнитивного функционирования с вариативными когнитивными маркерами, зависящими от глубины тревожно-депрессивного синдрома. В продолжении данного исследования учитываются стадии расстройства (обострение, ремиссия) и дифференцировка на этиологически и социально-демографически однородные группы.

ДЕПРЕССИЯ, НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ И COVID-19

Петрова Н.Н., Кокурина Д.А.

Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург

Актуальность. Изучение нейрокогнитивного дефицита у пациентов с депрессией – актуальная задача современной психиатрии в связи с формированием представления о когнитивном эндофенотипе расстройства. При этом нейрокогнитивный дефицит в виде резидуальной симптоматики является неблагоприятным прогностическим признаком рецидива, негативно сказывается на повседневном функционировании и снижает качество жизни больных депрессией [1]. Предполагается, что ключевой характеристикой нейрокогнитивного эндофенотипа при депрессии являются нарушения «горячего» познания в виде негативного эмоционального искажения и негативного ожидания: нарушение переработки позитивного материала и преимущественная переработка негативного материала [2].

Целью исследования явился сравнительный анализ когнитивных функций пациентов с депрессией и оценка факторов, влияющих на нейрокогнитивный дефицит у пациентов с депрессией в структуре различных заболеваний, включая COVID-19.

Материал и методы. На этапе медикаментозной ремиссии депрессии обследовано 78 пациентов с депрессией в структуре различных заболеваний (возраст 27,8±8,6 лет). Возраст начала заболевания составил 22,9±8,7 лет, давность заболевания - 4,9±4,4 лет. Пациенты составили 2 группы сравнения: пациенты с эндогенной депрессией (n=45) и пациенты с неэндогенной депрессией (n=33). Коронавирусную инфекцию перенесли 19,4% пациентов в октябре-ноябре 2020г. в лёгкой форме. Обследование пациентов было проведено в марте 2021г. У всех испытуемых уровень образования был не ниже 9 классов общеобразовательной школы. Оценка когнитивного функционирования осуществлялась с помощью шкалы BAC-A. Статистический метод включал: критерии Манна-Уитни и Крускала-Уоллиса, одновыборочный ранговый критерий Уилкоксона, коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Для обработки использовалось программное обеспечение «jamovi».

Результаты. Для пациентов с депрессией характерен ряд когнитивных нарушений: снижение психомоторной скорости (55,1% пациентов), нарушение зрительно-моторной координации (48,7%), снижение по показателям: «Тест аффективной интерференции, отсроченное воспроизведение» (67,9% для эмоциональных слов и 44,9% для нейтральных слов), «Тест подавления эмоций, цветной шрифт» по показателям символы (67,9%), нейтральные слова (80,8%), эмоциональные слова (76,9%). Расстройства психомоторной скорости, нарушения зрительно-моторной координации, результаты тестов афферентной

интерференции, отсроченное воспроизведение, эмоциональные и нейтральные слова незначительно отличались от нормы (36,9; 39,5; 37,6 и 38,0 баллов, соответственно). Наиболее выраженное снижение обнаружено в тестах подавления эмоций, цветной шрифт: символы – 32,0 балла, нейтральные слова – 30,7 балла, эмоциональные слова – 31,7 балла. Расстройства психомоторной скорости преобладают среди пациентов с неэндогенной депрессией (69,7% против 44,4%). Нарушения выполнения задания «Тест аффективной интерференции, отсроченное воспроизведение» оказались более характерны для пациентов с эндогенной депрессией, снижения по данному показателю выявлено у 48,9% - для эмоциональных слов и 62,2% для нейтральных. Нарушения зрительно-моторной координации были выявлены только у пациентов с неэндогенной депрессией (54,5%). Нарушения при выполнении теста подавления эмоций, цветной шрифт - символы, нейтральные слова, эмоциональные слова были одинаково характерны для пациентов с эндогенной (66,7%, 82,2% и 77,8%, соответственно) и неэндогенной депрессией (69,7%, 78,8%, 75,8%, соответственно). Показатели внимания у реконвалесцентов COVID-19 снижены по сравнению с пациентами с депрессией, не перенесшими коронавирусную инфекцию (31,3±22,1 против 41,5±20,7 балла). Не выявлено достоверного влияния тяжести депрессии на выраженность когнитивных нарушений**.**

Выводы. У всех пациентов с депрессией выявлены нарушения психомоторной скорости, «горячих» когниций по данным исследования аффективной интерференции с отсроченным воспроизведением и подавления эмоций, что согласуется с мета-анализом Miskowiak и Carvalho [3], однако имеются и различия структуры нейрокогнитивного профиля пациентов с эндогенной и неэндогенной депрессией. Результаты свидетельствуют об относительной независимости когнитивных нарушений в структуре депрессии, независимо от вида депрессивного расстройства. Коронавирусная инфекция даже в лёгкой форме усугубляет когнитивное функционирование (способность к концентрации внимания) больных депрессией, что отличается от имеющихся в литературе данных о том, что развитие когнитивных нарушений характерно для пациентов, перенёсших тяжёлую коронавирусную инфекцию [4].

Литература

1. *Naguy A., Moodliar-Rensburg S., Alamiri B. Cognitive symptoms domain in major depressive disorder-revisited //Asian Journal of Psychiatry. - 2020. - Vol.53. - doi: 10.1016/j.ajp.2020.102216*
2. *Roiser J.P., Sahakian B.J. Hot and cold cognition in depression //CNS Spectr. - 2013. - Vol.18, №3. - P.139-149.*
3. *Miskowiak KW, Carvalho AF. 'Hot' cognition in major depressive disorder: a systematic review // CNS Neurol Disord Drug Targets. - 2014. - Vol.13, №10. - P.1787-1803.*
4. *Ramage AE. Potential for Cognitive Communication Impairment in COVID-19 Survivors: A Call to Action for Speech-Language Pathologists// Am J Speech Lang Pathol. - 2020. - Vol.29, №4. - P.1821-1832.*

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Пряникова Е.В.[1], Петрова Н.Н.[2]

[1] Областная клиническая психиатрическая больница № 2
Оренбург
[2] Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург

Актуальность. В настоящее время нейрокогнитивный дефицит при шизофрении рассматривается как значимый предиктор социального функционирования, в том числе работоспособности больных [1-4].

Целью исследования явилась оценка когнитивного и социального функционирования больных шизофренией.

Методы. Обследованы 42 пациента с диагнозом «Параноидная шизофрения» (F 20.0 по МКБ-10) в возрасте 36,05±7,7 года. Длительность заболевания варьировала от 1 года до 19 лет (в среднем 7,25±4,9 лет). Возраст начала заболевания составил 28,55±4,2 года. За период болезни пациенты перенесли, в среднем, 2,5 госпитализации. Среди обследованных отсутствовали инвалиды 1-ой группы. 25% пациентов продолжали работать или учиться. Отягощенная наследственность была выявлена у 71,5% пациентов. Критериями включения пациентов в исследование являлись: возраст 20-50 лет; уровень образования – не менее оконченного среднего образования (9 классов); этап стабилизации психического состояния (острые проявления психоза купированы). Критериями исключения были: наличие органического заболевания головного мозга; злоупотребление психоактивными веществами; наличие актуального соматического заболевания. В исследовании использован метод клинико-шкальной оценки: Краткая оценка когнитивных функций при шизофрении (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS), Шкала социального и личностного функционирования (PSP), Шкала позитивных и негативных симптомов (PANSS)

Результаты. Показано, что для больных шизофренией характерно снижение таких когнитивных показателей, как слухоречевая память, моторные навыки, речевая беглость, что говорит о некотором снижении возможностей вербальной памяти, незначительных моторных нарушениях, скованности действий и затрудненном потоке ассоциаций. Наблюдается снижение скорости обработки информации. Большинство пациентов имели заметные, но не достигающие значительного уровня, затруднения в нескольких областях функционирования, преимущественно в области социально полезной деятельности и в социальных отношениях. Уровень персонального и социального функционирования положительно коррелирует с сохранностью вербальной памяти ($r=0,409$, $p=0,028$), моторики ($r=0,436$, $p=0,018$) и беглости речи ($r=0,443$, $p=0,016$) и не связан с другими доменами симптоматики. Уровень социального функционирования и

вербальная память снижаются по мере течения заболевания (r=-0,512, p=0,005 и r=-0,407, p=0,028) и нарастания числа госпитализаций (r=-0,425; p=0,022 и r=-0,480, p=0,008, соответственно).

Вывод. Определенные нейрокогнитивные нарушения опосредуют возможности социального функционирования пациентов с шизофренией, в отличие от других психопатологических симптомов.

Литература

1. *Антохин ЕЮ, Ерзин АИ, Епанчинцева ГА, Крюков ЕМ. Роль когнитивных нарушений в формировании особенностей проактивности и социального функционирования у больных шизофренией. Неврологический вестник. 2017; 49(2):5-12.*
2. *Addington J, Saeedi H, Addington D. Facial affect recognition: a mediator between cognitive and social functioning in psychosis. Schizophr Res. 2006;85(1–3):142–150.*
3. *Shamsi S, Lau A, Lencz T, Burdick KE, DeRosse P, Brenner R, Lindenmayer J-P, Malhotra AK. Cognitive and symptomatic predictors of functional disability in schizophrenia Schizophr Res. 2011;126(1-3):257-64. doi: 10.1016/j.schres.2010.08.007. Epub 2010 Sep 15.*
4. *Thomas EC, Snethen G, McCormick B, Salzer MS. An exploration of linear and curvilinear relationships between community participation and neurocognition among those with serious mental illnesses. Psychiatr Rehabil J. 2019;42(4):358–365.*

СРАВНЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Римашевская А.О., Максимова Н.Е., Прощенко И.В.

Тверской государственный медицинский университет
Тверь

Актуальность. Показатель качества жизни (КЖ) и социального функционирования больных с хроническими психическими расстройствами является важным индикатором при поанировании и реализации программ психосоциального лечения и реабилитации [1, 2].

Цель данной работы – сравнить некоторые показатели качества жизни у пациентов, получающих психиатрическую помощь амбулаторно и в рамках круглосуточного стационара.

Материалы и методы. Метод анкетирования, методика диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Л. Ханина (оценка ситуационной и личностной тревожности), методика исследовании уровня субъективного ощущения одиночества (СОО) Д. Рассела и М. Фергюсона. Обследованы 65 пациентов, посещающих амбулаторию ГБУЗ ОКПНД г. Твери, и 63 пациента, получающих круглосуточную стационарную помощь в ГБУ «Трояновский сельский ПНИ».

Результаты. Применив методику диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Л. Ханина (оценка ситуационной и личностной тревожности), получены следующие результаты при сравнении двух групп пациентов (рис. 1)**:**

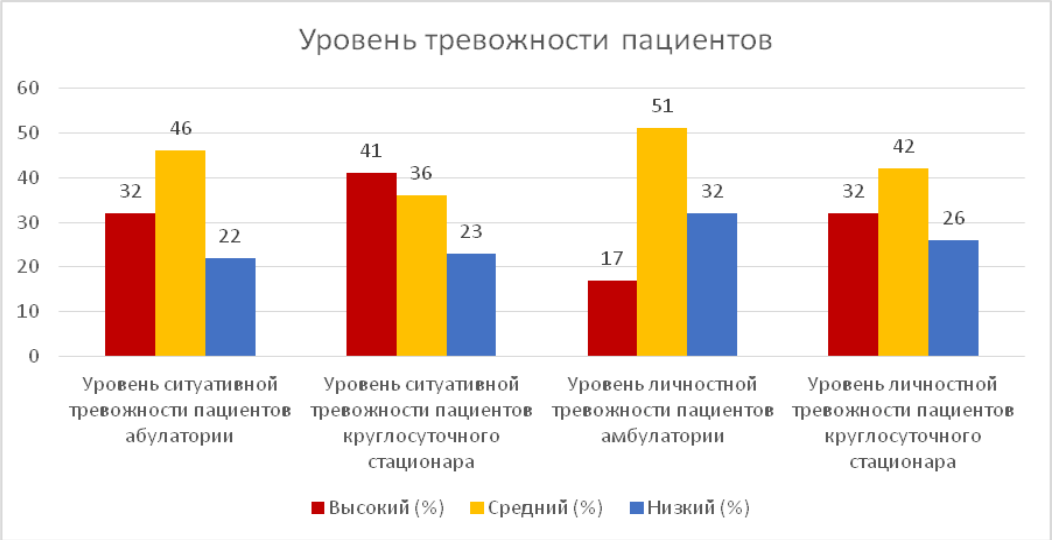

Рис.1. Сравнение уровня ситуативной и личностной тревоги у пациентов амбулатории и круглосуточного стационара.

Как видно на графике, у пациентов, посещающих амбулаторию, личностная тревожность менее выражена, чем у пациентов круглосуточных стационаров. Однако, уровень выраженной ситуативной тревожности у этой группы возрастает почти в два раза, что говорит о неадаптированности к внезапно возникающих проблемам при социальных взаимодействиях и в быту. Уровень личностной и ситуативной тревожности пациентов стационара изначально определяется на достаточно высоком уровне (32% и 41%), что можно объяснить более выраженным и прогрессирующим дефектом личности, а также отсутствием достаточной работы, направленной на социальную реабилитацию.

При исследовании уровня субъективного ощущения одиночества (СОО) Д. Рассела и М. Фергюсона получены следующие данные (рис. 2):

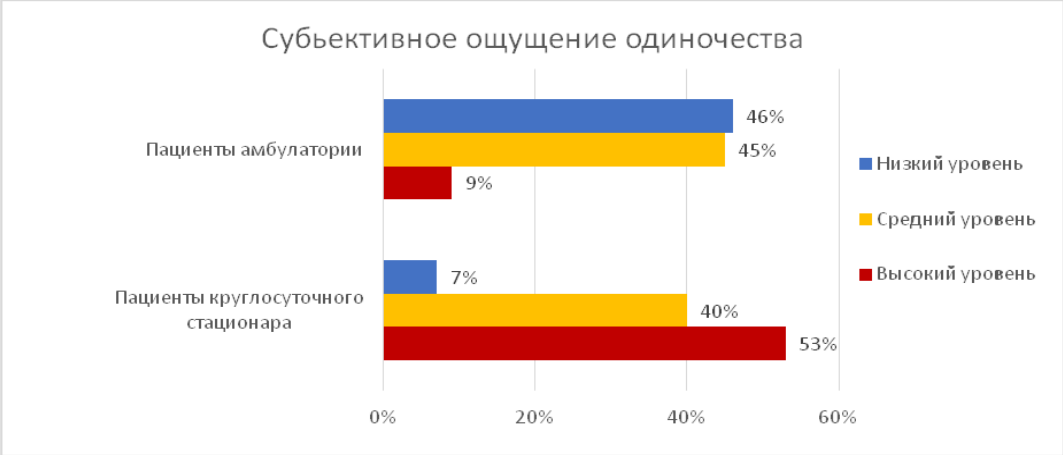

Рис.2. Сравнение уровня СОО пациентов амбулатории и круглосуточного стационара.

При оценке показателей СОО выявлено, что большинство пациентов амбулатории не считают себя одинокими, тогда как среди пациентов стационара более половины отмечают субъективное ощущение одиночества хоть и окружены вниманием медицинского и вспомогательного персонала. Можно предположить, что это связано с ограничением возможности социальных контактов при круглосуточном пребывании.

Выводы: в целом, исходя из субъективных оценок уровня тревожности и ощущения одиночества, пациенты, составляющие группу проходящих поддерживающее лечение в амбулаторном звене, выявляют более высокие показатели удовлетворенности качеством жизни, по сравнению с пациентами круглосуточных стационаров. Однако повышенный уровень ситуативной тревожности у пациентов обеих групп, указывает на необходимость сделать акцент в данном направлении при проведении психосоциальной реабилитации.

Литература

1. *Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (ред.) Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психических больных. Практическое руководство. Москва: Медпрактика-М; 2015: 420.*

2. *Пеккер И.Б. Проблема реабилитации лиц с психическими заболеваниями / И.Б. Пеккер // Бюллетень медицинской науки. – 2021. – S1 (17). – с 35-36.*

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

Сивашова М.С.

Госпиталь для ветеранов войн
Санкт-Петербург

Актуальность. Пандемия Covid-19 привела к госпитализации в многопрофильные стационары большого числа пациентов с психическими расстройствами, возникшими как до болезни, так и в результате реакции на неё, однако вопросы влияния психических расстройств на летальность и выживаемость при Covid-19 изучены недостаточно.

Цель исследования: анализ клинико-динамических показателей пациентов с Covid-19 и психическими расстройствами, и выявление факторов, влияющих на исход коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Санкт-Петербургского госпиталя для ветеранов войн и носило проспективный характер. С конца мая 2020 г. Госпиталь был перепрофилирован в инфекционный стационар и принимал пациентов с подтверждённой коронавирусной инфекцией или подозрением на неё. В исследование вошли 97 пациентов с подтверждённой коронавирусной инфекцией, имевших на момент госпитализации психическое расстройство как диагностированное ранее, так и развившиеся на фоне коронавирусной инфекции. В выборку вошли 41 (42,3%) мужчина и 56 (57,7%) женщин, средний возраст которых составил 62,3±15,3 года. Больные были изучены клинико-психопатологическим методом с использованием МКБ 10. Диагностика и лечение коронавирусной инфекции осуществлялись согласно Временным методическим рекомендациям. Сбор данных осуществлялся при помощи карты пациента, состоящей из 109 переменных. На момент обследования пациенты имели психические расстройства, относящиеся к следующим категориям МКБ-10: F05.8 – 30 человек (30,9%), нейрокогнитивный (ступидный) синдром – 14 человек (14,4%), F2 – 27 человек (27,8%), F3 – 2 человека (2,1%), F4 – 24 человека (24,8%). По исходу основного заболевания пациенты были разделены на 2 группы: летальный исход – 1-я группа, выздоровление – 2-я группа.

Результаты. За период наблюдения скончались 26 (26,8%) пациентов (1-я группа), выбыли из стационара в связи с выздоровлением 71 (73,2%) пациент (2-я группа). Значимых гендерных различий между 1-й и 2-й группой не выявлено. Однако возраст больных был значимо выше в 1-ой группе. Средняя длительность госпитализации у пациентов с благоприятным исходом составила 21 день, при неблагоприятном исходе – 11 дней. Также замечено, что при затяжных госпитализациях у лиц старше 80 лет прогноз резко ухудшается. У больных с неблагоприятным исходом (1-я группа) значимо превалировала доля случаев

делирия (F05.8), в то время как при благоприятном исходе (2-я группа) достоверно большим было количество больных с реакциями на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F4). Усугубления прогноза коронавирусной инфекции при наличии хронического психического заболевания шизофренического или аффективного спектра, их связи с повышением риска смерти больных выявлено не было. Среди пациентов с F2 в 1-й группе 5 (19,2%) пациентов, а во 2-й - 22 (31%). Среди пациентов с F3 летальных исходов в выборке не было. Число случаев тяжелого и крайне тяжелого течения коронавирусной инфекции преобладали в 1-ой, а среднетяжелого во – 2-ой группе сравнения. Также в 1-ой группе выявлено достоверное преобладание заболеваний нервной, пищеварительной, сердечно-сосудистой систем и онкологических заболеваний.

По шкале общего клинического впечатления при первичном осмотре тяжелое психическое состояние чаще наблюдалось в 1-ой группе сравнения, а значительно выраженные психические нарушения – во 2-ой группе пациентов. Динамические характеристики заболевания значимо различались в обследованных группах: течение коронавирусной инфекции без перемен статистически значимо превалировало в 1-ой, в то время как значительное улучшение – во 2-ой группе. Также установлено, что при существенном улучшении психического состояния на фоне проводимой психотропной терапии прогноз пациента улучшается.

Выводы. За период наблюдения установлено, что на исход коронавирусной инфекции значимо влияют возраст пациента, тяжесть основного заболевания, наличие сопутствующих соматических заболеваний (нервной, пищеварительной, сердечно-сосудистой систем, онкологических заболеваний), сроки госпитализации. Среди пациентов с исходно имеющимися психическими заболеваниями статистически значимого ухудшения прогноза течения коронавирусной инфекции не отмечалось. Также установлено, что при сохранении поддерживающей психотропной терапии экзацербации расстройств не наблюдается. Прогноз пациентов с ассоциированными со стрессом расстройствами тоже определялся тяжестью течения основного заболевания и сопутствующей соматической патологией. С другой стороны, возникновение делирия является предиктором высокой смертности у пациентов, что указывает на его особую прогностическую значимость в структуре психических расстройств, развивающихся на фоне Covid-19.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 У ЖИТЕЛЕЙ РОССИИ: ДИНАМИКА В УЯЗВИМЫХ ГРУППАХ

Сорокин М.Ю.

НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева Минздрава России
Санкт-Петербург

Актуальность работы. В течение 2020 года острые реакции стресса населения были спровоцированы риском заражения новой малоизученной смертельно опасной инфекцией, ограничениями привычных свобод передвижения, социальных контактов, труда и возможности получения медицинской помощи [2, 3, 4]. Распространённость и феноменология возможных более устойчивых популяционных реакций на пандемию остаются недостаточно изученными.

Цель: оценить представленность дистресса и его динамику в серии кроссекционных исследований психоэмоциональных реакций населения России на течение первого года пандемии COVID-19. Задачи: 1) изучение психологического стресса во время «первой» и «второй» волн пандемии в России, 2) сопоставление данных он-лайн и оф-лайн опроса, 3) оценка фактора психического расстройства у респондентов в феноменологии их стрессовых реакций, 4) оценка регионального фактора в распространении стресса у населения.

Материал и методы. Обследованы 7134 респондента, в течение первых месяцев противоэпидемических ограничений (апрель-июль 2020г.) – 5728, в период пика заболеваемости «второй волны» пандемии в России (октябрь 2020г. - январь 2021г.) – 1406 человек (584 человека – в ходе личного опроса при их обращении за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения Северо-Западного региона России). Респонденты заполняли шкалу психологического стресса PSM-25 [1], сообщали о выраженности предложенных вариантов опасений в связи с пандемией.

На первом, он-лайн этапе исследования и он-лайн части второго этапа анкету на платформе Google Forms распространяли методом «снежного кома» через социальные сети и информационные каланы. Оф-лайн часть опроса второго этапа проведена в ходе вариативной части практики ординаров НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Проведены дисперсионный анализ, подсчёт размера эффектов по Cohen`s d и Cramer`s V. С учётом объёма выборки использовали консервативный критерий $p \leq 0.01$, а к интерпретации принимали лишь эффекты ≥ 0.1.

Результаты. В исследованной выборке доля мужчин составила 1340 (19%), женщин – 5683 (81%). Жителей Москвы было 1277 (18%), Санкт-Петербурга – 2646 (38%), городов из всех федеральных округов России – 3101 (44%). Средний показатель шкалы PSM-25 в выборке составил 104.4[34.9] баллов для «первой» и 104.8 [33.8] для «второй волны» пандемии, что выше порога нормально уровня стресса (≥100 баллов). Число респондентов, демонтировавших стресс средней и

высокой интенсивности (подгруппа с дистрессом), уменьшилось с 55.6% (3123 чел.) на первом этапе до 33.5% (471 чел.) – во время «второй волны» пандемии ($\chi 2$=220, df=1, Cramer's V=0.18). Зафиксировано минимальное уменьшение доли лиц с дистрессом в Москве – с 63% (698 чел.) до 59% (95); более существенное – в Санкт-Петербурге – с 46% (925) до 21% (135%) и максимальное среди жителей других городов – с 60% (1500) до 40% (241). Региональная диспропорция в выраженности стрессовых реакций (размер эффекта 0.21≤Cramer's V≤0.35 – средний при df=2) была самым мощным фактором, связанным с дистрессом. Респонденты, имевшие в течение жизни психические расстройства, чаще демонстрировали дистрессовую реакцию, но и среди них было зафиксировано снижение доли лиц с дистрессом: с 87% (1171 чел.) на первом этапе, до 63% (176 чел.) на втором.

Среднее число одновременно присутствующих опасений в связи с пандемией увеличилось с 3.9[1.8] на первом этапе до 6.1[2.7] на втором (Cohen’s d=0.96). Количество опасений у респондентов, заполнявших анкету в лечебно-профилактических учреждениях, также было незначительно выше, чем в он-лайн части 2-го этапа опроса: 5.9[2.5] и 6.2[2.8], p=0.03, Cohen’s d=0.11. Различия в числе опасений у подгрупп респондентов, сообщавших о наличии психического расстройства и здоровых добровольцев, были значимы на обоих этапах исследования, но уменьшались с течением времени (df=1, Cramer's V=0.35-0.31).

Выводы. Психоэмоциональное состояние жителей России в течение пандемии COVID-19 изменяется в соответствии общими принципами стрессовых реакций. Между двумя периодами пандемии происходило сглаживание различий стресса у подгрупп психического здоровья. Выделение факторов дистресса необходимо для превенции и профилактики пагубных последствий в виде стойких психических нарушений в уязвимых группах населения.

Благодарности: Е.Д. Касьянову, к.м.н. Г.В. Рукавишникову, О.В. Макаревич, М.А. Хобейш, д.м.н. Е.Ю. Зубовой, д.м.н. Н.Б. Лутовой, д.м.н. Г.Э. Мазо.

Литература

1. *Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер; 2009.*
2. *Karpenko OA et al. Impact of COVID-19 pandemic on anxiety, depression and distress – online survey results amid the pandemic in Russia. Consortium Psychiatricum. 2020;1(1):8-20. https://doi.org/10.17650/2712-7672-2020-1-1-8-20*
3. *Nekliudov NA et al. Excessive Media Consumption About COVID-19 is Associated With Increased State Anxiety: Outcomes of a Large Online Survey in Russia. J Med Internet Res. 2020;22(9):e20955. doi: 10.2196/20955*
4. *Sorokin MY et al. Stress and stigmatization in health-care workers during the COVID-19 pandemic. Indian journal of psychiatry. 2020;62(Suppl 3): S445. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_870_20*

ПСИХОДИАГНОСТИКА ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С УЧЁТОМ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность: Стили родительского воспитания способствуют возникновению нарушений в поведении детей, предоставляя модели для развития аддиктивного, в том числе и интернет зависимого поведения [1, 2]. В результате длительного воздействия негативных последствий виртуального пространства на психику детей и подростков, формируются тревожно - депрессивные нарушения в психоэмоциональной сфере [3]. Внутрисемейные взаимоотношения, микроклимат в семье, являются значимыми факторами, формирующими поведение ребенка в семье и социуме, и влияющими на его взаимоотношения с окружающими людьми в будущем [1, 4].

Цель исследования: изучить роль семьи в формировании интернет-аддикции у подростков для оптимизации ранней психопрофилактики и психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

Материал и методы исследования. Обследовано 86 подростков, поступивших на стационарное лечение в подростковые отделения Городской клинической психиатрической больницы города Ташкента. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10–F91.2. С помощью специально разработанной анкеты, интерпретированной сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, состоящей из переченя психологических тестов-вопросов, выявлены были факторы риска формирования интернет-зависимого поведения у подростков.

Результаты и их обсуждения. На инициальном этапе исследования первоочередной задачей было определение видов семьи, стилей семейного руководства и взаимоотношений, в которых воспитывались исследуемые подростки. Анамнестические сведения были собраны также и у родителей и близких родственников пациентов. В результате опроса установлено, что между определенными параметрами семейных взаимоотношений и развитием Интернет-зависимого поведения у подростков существует прямая корреляционная взаимосвязь. Исследуемые подростки воспитывались в деструктивных и амбивалентных семьях с неправильным стилем семейного руководства, в условиях неблагополучного микроклимата и конфликтогенных ситуаций. Путем анкетирования среди этих лиц была выявлена группа социально запущенных подростков. Большинство росли в неполной семье - 17%, 23% - в социально

неблагополучной семье, 30% исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей.

При сборе анамнестических сведений установлено, что 37% подростков имели отягощенную психопатологически наследственность по психическим заболеваниям. Значительная часть подростков отличалась асоциальными проступками, как ранняя алкоголизация и эпизодическое употребление психоактивных веществ. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в амбивалентных семьях с деструктивным характером взаимоотношений(70%), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипоопёки»); семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной (чаще отчим) и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения.

Анкетирование исследуемых выявило 12% подростков, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией, сформировавшихся в процессе амбивалентного стиля воспитания в семьях, с низким уровнем запретов, который в дальнейшем характеризуется значительными дисциплинарными санкциями. По результатам исследования было выявлено наибольшее количество семей с патологическим типом воспитания, которое ведет к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях и нарушению социальной адаптации подростков. В результате безнадзорности и в силу личностной незрелости подростки из дисгармоничных семей подвержены пагубному влиянию кибернетической среды Интернета. При амбивалентном типе семейных отношений высокая степень свободы, абсолютно лишенной ответственности, соединяется с полным отчуждением между членами семьи, приводя к формированию акцентуации характера по эмоционально лабильному и психоастеническому типу развития.

Выводы: таким образом, проведённое исследование установило, что семья является важнейшим фактором на пути формирования интернет-зависимого поведения и раннее выявление дисфункциональных семейных взаимоотношений способствует превенции интернет аддиктивного поведения у детей и подростков.

Литература

1. *Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К. Влияние семейных взаимоотношений в формировании депрессивных и поведенческих нарушений у подростков // Человеческий Фактор. Социальный Психолог. 2020. – №1(39). – С.146-153.*
2. *Бабарахимова С.Б. Особенности формирования интернет-аддикции у подростков // Вопросы наркологии. 2017. №6(154). С.142-143.*
3. *Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Тревожно-депрессивные расстройства у лиц с игровой компьютерной зависимостью// Вопросы наркологии. 2016. №11-12. С.98-100.*
4. *Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5 pp. 24-27.*

ИЗУЧЕНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМИ ПРИСТУПАМИ ШИЗОФРЕНИИ

Ханько А.В.

Городская психиатрическая больница №1 имени П.П. Кащенко
Санкт-Петербург

Цель исследования – изучение гендерных особенностей отношения к болезни мужчин и женщин с первыми приступами шизофрении во взаимосвязи с их личностными особенностям и защитно-совладающим поведением.

Материал и методы. Объект исследования – 100 больных параноидной шизофренией, проходящих стационарное лечение в отделениях первого психотического эпизода СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко». Экспериментальная группа – 50 мужчин, группа сравнения – 50 женщин с длительностью заболевания не более 5 лет с момента манифестации, в течение которых отмечалось не более трех психотических приступов. Использовались экспериментально-психологические методики: психологической диагностики типов отношения к болезни (методика ТОБОЛ); «Индекс жизненного стиля» (методика ИЖС) в адаптации Л.И. Вассермана с соавт.; Дембо–Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан; диагностики уровня субъективного контроля (УСК) Дж. Роттера в адаптации Е.Ф. Бажина с соавт.; Гиссенский личностный опросник в адаптации Е.А. Голыкиной с соавт.; копинг-тест Р. Лазаруса – С. Фолкман в адаптации Л.И. Вассермана с соавт.; психологической диагностики уровня социальной фрустрированности (УСФ) Л.И. Вассермана (модификация В.В. Бойко). Статистический метод представлен в виде сравнительного анализа с использованием t-критерия Стьюдента и анализа корреляционных взаимосвязей.

Результаты. В структуре отношения к болезни у пациентов с первыми приступами параноидной шизофрении доминируют (по методике ТОБОЛ) сенситивный (16,9±1,7 у мужчин; 18,2±1,8 у женщин) и эргопатический (соотв. 17,4±2,3; 17,5±2,1) типы отношения к болезни. В связи с опасениями неблагоприятного отношения к себе и страхом из-за болезни потерять расположение близких пациенты с первыми приступами шизофрении могут проявлять чрезмерное беспокойство в отношении возможных осложнений заболевания и неэффективности лечения ($r = 0,52$ у мужчин и $r = 0,60$ у женщин, при $p < 0,001$), требовать к себе особого внимания родственников и медицинского персонала ($r = 0,43$, $p < 0,01$; $r = 0,46$, $p < 0,001$ соотв.), демонстрировать вспышки раздражения при болях и неудачах лечения ($r = 0,34$, $p < 0,05$; $r = 0,46$, $p < 0,001$ соотв.) и преувеличивать неприятные ощущения в связи с побочными действиями лекарств ($r = 0,41$, $p < 0,01$; $r = 0,47$, $p < 0,001$ соотв.) (по методике ТОБОЛ). При этом у мужчин, более терпеливых, по сравнению с женщинами, к неприятным ощущениям и менее склонных к вспышкам раздражения ($t = 2,1$; $p < 0,05$) (по

методике ТОБОЛ), сенситивный тип отношения к болезни взаимосвязан с уровнем притязаний в отношении собственной внешности и авторитета у сверстников (по методике Дембо–Рубинштейн) (соответственно $r = –0,32$, $p < 0,05$; $r = –0,31$, $p < 0,05$), а у женщин, по сравнению с мужчинами, более оптимистичных и склонных верить в успех своего лечения ($t = –1,9$; $p < 0,05$) (по методике ТОБОЛ) – с уровнем социальной фрустрированности ($r = 0,28$, $p < 0,05$), плохим настроением ($r = 0,42$, $p < 0,01$), представлением о своей социальной репутации ($r = –0,3$, $p < 0,05$) (по Гиссенскому опроснику), а также копинг-стратегиями, направленными на самоконтроль ($r = 0,42$, $p < 0,01$), принятие ответственности ($r = 0,35$, $p < 0,05$) (по копинг-тесту Лазаруса) и механизмом психологической защиты по типу реактивных образований ($r = 0,37$, $p < 0,01$) (по методике ИЖС).

Характерный пациентам с первыми приступами шизофрении эргопатический тип отношения к болезни коррелирует со снижением безразличия к себе и своей судьбе ($r = –0,38$, $p < 0,01$ у мужчин; $r = –0,33$, $p < 0,05$ у женщин) (по методике ТОБОЛ). Стремление во что бы то ни стало продолжить трудовую деятельность взаимосвязано у мужчин с анозогнозией ($r = 0,37$, $p < 0,01$) (по методике ТОБОЛ), снижением выраженности механизма психологической защиты по типу регрессии ($r = – 0,42$, $p < 0,01$) (по методике ИЖС) и копинг-стратегии, направленной на избегание ($r = –0,55$, $p < 0,001$) (по копинг-тесту Лазаруса), а также ростом уровня субъективного контроля ($r = 0,56$, $p < 0,001$) (по методике УСК), уровня самооценки ($r = 0,38$, $p < 0,01$) и притязаний ($r = 0,3$, $p < 0,05$) (по методике Дембо–Рубинштейн), улучшением настроения ($r = –0,47$, $p < 0,001$) и представления о своей социальной репутации ($r = 0,36$, $p < 0,01$) (по Гиссенскому опроснику). У женщин «уход в работу» взаимосвязан с гиперсенситивностью ($r = 0,28$, $p < 0,05$) (по методике ТОБОЛ), снижением неудовлетворенности взаимоотношениями с родителями ($r = –0,29$, $p < 0,05$) (по методике УСФ), ростом уровня самооценки своего авторитета у сверстников ($r = 0,36$, $p < 0,05$) и своих умений ($r = 0,4$, $p < 0,01$) (по методике Дембо–Рубинштейн), повышением уровня притязаний в отношении здоровья ($r = 0,3$, $p < 0,05$) (по методике Дембо–Рубинштейн), а также планированием решения возникших проблем ($r = 0,33$, $p < 0,05$) (по копинг-тесту Лазаруса) и желанием в идеале обладать положительной социальной репутацией ($r = 0,29$, $p < 0,05$) (по Гиссенскому опроснику).

Выводы. Вслед за первым психотическим эпизодом шизофрении, оказывающим травмирующее действие на психику больных и сопряженным с проблемами в личной жизни, госпитализацией в психиатрический стационар и антипсихотическим лечением, у мужчин и женщин формируется чрезмерная ранимость, уязвимость и озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения об их болезни. Больные начинают проявлять опасения, что окружающие станут их жалеть, считать неполноценными, пренебрежительно или с опаской к ним относиться, распуская сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и избегая общения с ними. В связи с такой гиперсенситивностью в отношении к своему заболеванию у мужчин снижается уровень активности в сфере межличностных контактов, а у женщин снижается настроение и формируется субъективное представление о своей социальной непривлекательности и

невозможности реализовать свои актуальные социальные потребности. При этом мужчины стремятся занять в межличностном взаимодействии безопасную зависимую позицию и не проявляют активности в решении проблем, а женщины стремятся преодолеть вызванное болезнью состояние фрустрации, прилагая усилия к урегулированию своих чувств, осознанию своей роли в возникновении заболевания и предпринимая попытки укрепить свою социальную позицию, получить поддержку в обществе.

Вместе с гиперсенситивностью по отношению к болезни у пациентов с первыми приступами шизофрении выявляется стремление как можно быстрее приступить к работе, что у мужчин связано с некритичностью, демонстрацией оптимистического настроя, адекватности, социабельности своих установок, но при этом способствует выравниванию аффективного фона, стабилизации поведения и представления о себе и своей социальной репутации, а у женщин – с чрезмерной ранимостью и позволяет сохранить самоуважение, восстановить отношения с близкими и планировать варианты выхода из сложившейся ситуации.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РОССИИ

Чумаков Е.М.[1,2],Ашенбреннер Ю.В.[1], Азарова Л.А.[1], Петрова Н.Н.[2], Лиманкин О.В.[1,3,4]

[1] Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко
[2] Санкт-Петербургский государственный университет
[3] Северо-Западный Государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
[4] Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Минтруда РФ
Санкт-Петербург

Актуальность работы. Представления, связанные с понятием половой идентификации, и подходы к классификации расстройств половой идентификации в настоящее время претерпевают существенные изменения, которые отражают процессы депсихопатологизации понятия и смещение акцента на психосоциальные аспекты проблемы [1]. Большинство исследователей сходятся в том, что трансгендерные и небинарные люди несут повышенное бремя психиатрических проблем по сравнению с населением в целом. Более высокий, чем в общей популяции, уровень психических и аддиктивных расстройств, включая депрессию, тревогу и суицидальное поведение, у трансгендерных людей и людей с гендерной дисфорией часто является следствием психосоциальной дезадаптации [2]. Высокую коморбидность психических заболеваний и расстройств половой идентичности объясняют гипотезой «стресса меньшинств», согласно которой люди с гендерным несоответствием переживают больше стресса по сравнению с общей популяцией, а, следовательно, в большей степени страдают от психогенных заболеваний. Однако до настоящего момента мало известно о психосоциальной адаптации трансгендерных лиц, проживающих в России.

Целью исследования было проведение скрининга для оценки психосоциальной адаптации трансгендерных людей, проживающих в России.

Материал и методы. Проведен анонимный онлайн-опрос людей, чей гендерный опыт отличается от маркера пола при рождении. Критериями включения стали возраст старше 18 лет (включительно), указание на место проживания в России, указание на то, что гендерный опыт респондентов отличается от маркера пола при рождении. Исследование проведено в партнерстве с транс-инициативной группой Т-Действие. Итоговую выборку составили 588 человек в возрасте от 18 до 53 лет (средний возраст 23,67±5,92 лет). Исследование включало заполнение структурированного опросника и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии, являющейся скрининговой методикой оценки симптомов депрессии и тревоги.

Результаты. Установлено, что 15,4% (n=91) опрошенных не имели работы и не учились на момент проведения исследования. Большинство опрошенных были не удовлетворены (n=321; 54,6%) или только частично удовлетворены (n=223; 37,9%) своим текущим телесным статусом. Подавляющее большинство

респондентов (n=520; 88,4%) указали, что в текущем телесном статусе не чувствуют себя безопасно при попадании в гендерированные общественные пространства, к которым относятся в том числе больницы и медицинские учреждения. Большинство опрошенных испытывали трудности социального взаимодействия (n=532; 90,5%). Только 18,5% (n=109) респондентов считали отношения с близкими родственниками гармоничными. В числе основных источников стресса опрошенные указывали финансовые трудности (73,5%) и отношения с родственниками (59,4%). Только 7,0% (41 человек) по собственной оценке находились вне психотравмирующей ситуации на момент обследования. Скрининг на уровень тревоги и депрессии показал наличие клинического уровня тревоги и депрессии у 45,1% (n=265) и 24,0% (n=141) опрошенных, соответственно. Субклинический уровень тревоги и депрессии был выявлен у 22,6% (n=133) и 24,7% (n=145) опрошенных, соответственно. Средние показатели тревоги и депрессии в выборке соответствовали субклиническому уровню и составили 9,9±4,5 баллов для тревоги и 7,5±4,1 баллов для депрессии. Большинство опрошенных (n=422; 71,8%) указали, что испытывают психологические проблемы в повседневной жизни, нарушающие их социальное функционирование. Ещё больше опрошенных испытывали потребность в получении психологической помощи (n=464; 78,9%).

Обсуждение и выводы. Исследование показало, что трансгендерные люди, проживающие в России, характеризуются значительной частотой психологических проблем и трудностей социального взаимодействия, что может снижать их социальную адаптацию и повышает риск тревожных и депрессивных расстройств. Эти данные соотносятся с высокой частотой клинических симптомов тревоги и депрессии в выборке. Особую настороженность вызывают данные о чувстве небезопасности, возникающем зачастую у трансгендерных людей при попадании в медицинские учреждения, что может вести к недостаточной обращаемости за помощью. Эти данные обуславливают актуальность развития системы специализированной дестигматизирующей психотерапевтической и психиатрической помощи этим лицам. Результаты исследования подчеркивают необходимость дальнейшего изучения социально-психологического благополучия и психического здоровья трансгендерных людей, выявления мишеней психотерапевтической работы, а также доступности психологической и психиатрической помощи для трансгендерных людей, проживающих в России.

Литература

1. *Петрова Н.Н., Чумаков Е.М., Лиманкин О.В., Азарова Л.А. Вопросы половой идентичности и оказания психиатрической помощи. Социальная и клиническая психиатрия. 2021, т. 31(1), с. 80-89.*
2. *Reisner S., Poteat T., Keatley J. et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. Lancet. 2016. Vol. 388. p. 412-436.*

ПСИХОТЕРАПИЯ ФОНОВОЙ ТРЕВОГИ У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА

Яценко К.О., Ханько А.В., Торговцев А.А.

Городская психиатрическая больница №1 им. П. П. Кащенко
Санкт-Петербург

Актуальность. Стресс, который люди испытывают ежедневно в условиях пандемии, связанный с неопределенностью, изоляцией, тревожным информационным фоном, страхом за свою жизнь и здоровье близких, способствует росту тревоги и может приводить к развитию депрессии, панических расстройств и ПТСР (Мосолов С.Н., 2020; Taylor et al., 2020; Wang et al., 2020; Webster et al., 2020). При этом известно, что люди с психическими расстройствами могут быть значительно более подвержены эмоциональным откликам на эпидемию COVID–19, проявляющимся в рецидивах уже имеющихся психических расстройств или ухудшении состояния, в силу высокой чувствительности к стрессу в сравнении с общей популяцией.

Цель. Разработка программы психотерапевтической поддержки пациентов с психическими расстройствами, проходящих стационарное лечение в условиях психиатрического стационара.

Материалы и методы. С целью выявления уровня фоновой тревоги после выхода из острого психотического состояния обследованы 55 пациентов отделений первого психотического эпизода Психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (25 мужчин и 30 женщин, средний возраст – 32,7 лет). Диагнозы: шизофрения, шизотипическое расстройство, шизоаффективный психоз. Оценка уровня тревоги проводилась с помощью Шкалы тревоги Бека (BAI) до и после проведения комплекса психотерапевтических мероприятий, состоящего из психообразования (дополненного информацией об этиологии COVID-19, течении заболевания, его лечении, профилактике и прогнозе), а также индивидуальной и групповой когнитивно-поведенческой психотерапии.

Результаты. Установлено, что средний уровень тревоги, характеризующийся предрасположенностью к восприятию широкого круга ситуаций как угрожающих своей самооценке или жизнедеятельности, а также склонность к беспокойству и сверхчувствительности выявляется у 40 % выборки. Высокий уровень тревоги диагностирован у 9 % обследованных. Кроме того, в процессе психообразования был выделен основной тип психической травматизации, характерный для пациентов с первым психотическим эпизодом с высоким и средним уровнем тревоги. Факторами, вызывающими у пациентов наибольшую тревогу, являются: потенциальная угроза жизни и отсутствие определенности в плане длительности пандемии; карантинные меры и вынужденная самоизоляция; недостаток достоверной и обилие негативной информации о пандемии; ограниченное функционирование в условиях стационара

с невозможностью самостоятельного решения проблем; отрицательное влияние пандемии как на макроэкономическую ситуацию, так и личный бюджет.

Изначально, в рамках когнитивно-поведенческой терапии для снижения уровня тревоги проводилась работа, направленная на рационализацию. Параллельно пациентам предоставлялась проверенная «холодная» информация о COVID-19 и текущей пандемии. Дальнейшая работа была направлена на рациональное смещение с вектора «Фиксация на проблеме» на вектор «Решение проблемы». Определялся спектр тревожных иррациональных мыслей, которые прорабатывались как в индивидуальном, так и групповом порядке. В работе учитывались особенности проведения когнитивно-поведенческой терапии с данной категорией пациентов (искаженное заболевание восприятие; снижение критических способностей; фиксация на психопатологической симптоматике с недостаточной включенностью в психотерапию; сложности в коммуникации и социальном взаимодействии; искажение эмоциональных реакций; склонность к катастрофизации, сверхценным, параноидным мыслям; специфическая интерпретация событий и поведения людей). В процессе психообразования, помимо прочего, разъяснялись последствия тревоги для иммунитета, пациенты обучались методам саморегуляции и мышечной релаксации.

Оценка уровня тревоги в общей выборке после проведения комплекса психотерапевтических мероприятий показала снижение удельной массы пациентов со средним уровнем тревоги с 40 % до 18 %, а пациентов с высоким уровнем тревоги – с 9 % до 2 %.

Выводы. Таким образом, индивидуальная и групповая когнитивно-поведенческая терапия с пациентами с первым психотическим эпизодом, проводимая совместно с психообразованием, дополненным информацией о COVID-19, способствует снижению у пациентов уровня дистресса и фоновой тревоги и, как следствие, повышению самооценки и улучшению осознания пациентами своего состояния, что, в конечном итоге, влияет на прогноз.

Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии

Выпуск IV

Под общ. ред. О. В. Лиманкина.

Технический редактор К. Паник

Подписано в печать 20.06.2021 г.