



ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

**Превентивная психиатрия: ранняя
диагностика и своевременная терапия**

22-23 СЕНТЯБРЯ 2022 Г.
КАЗАНЬ

**СБОРНИК
МАТЕРИАЛОВ**

pn-conference.ru

**Министерство здравоохранения Российской Федерации
Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева**

**ПРЕВЕНТИВНАЯ ПСИХИАТРИЯ:
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И СВОЕВРЕМЕННАЯ
ТЕРАПИЯ**

**Материалы
Всероссийской научно-практической
конференции с международным участием,
22-23 сентября 2022 года, Казань**

**Казань
2022**

УДК: 616.89-008/159.0.01

Превентивная психиатрия: ранняя диагностика и своевременная терапия:
материалы конференции всероссийской научно-практической конференции с
международным участием,
22-23 сентября 2022 г., Казань / Под ред. Н.В. Семеновой – Казань 2022. – 206 с.

Научный редактор: Семенова Н.В.

В 2022 году исполнилось 165 лет со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева. Академик внес неоценимый вклад в зарождение уникальной научной школы, основывающейся на идее гармоничного сочетания биомедицинской модели с социальным и психологическим доменами. Один из периодов жизни В.М. Бехтерева связан с Казанью. Именно здесь будущий академик развернул широкую экспериментальную и клиническую практику. В этот период В.М. Бехтерев исследовал роль двигательной коры головного мозга в психических функциях человека, осуществил многочисленные нейроморфологические исследования проводящих путей мозга.

Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Превентивная психиатрия: ранняя диагностика и своевременная терапия» послужила площадкой, на которой специалисты смежных специальностей: психиатрии, неврологии, наркологии и психотерапии обсуждали наиболее насущные проблемы.

Программа конференции включала обсуждение тем, посвященных актуальным вопросам профилактики, диагностики и терапии психических расстройств, возможности и перспективы реабилитации пациентов. В докладах были освещены основные научные и практико-ориентированные достижения российских и зарубежных исследователей в области охраны психического здоровья населения. Особое внимание было уделено современным подходам к терапии эндогенных психических расстройств, психосоциальной реабилитации и вопросам психопрофилактики (с применением междисциплинарного подхода в осуществлении профилактических мероприятий). В сборник материалов конференции вошли работы ведущих российских и зарубежных специалистов в области охраны психического здоровья.

Сборник предназначен для врачей-психиатров, наркологов, психотерапевтов, сексологов, организаторов здравоохранения, клинических психологов, студентов медицинских вузов, ординаторов и аспирантов, а также широкому кругу специалистов, интересующихся вопросами психического здоровья.

ISBN 978-5-00202-166-6

© ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, 2021.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ	4
ПРЕДИСЛОВИЕ	13
1. КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ШИЗОТИПИИ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	
АБАШКИН Д.А., АЛФИМОВА М.В., ГОЛИМБЕТ В.Е., КОНДРАТЬЕВ Н.В., ПЛАКУНОВА В.В.	16
2. ЗНАЧЕНИЕ ТАТУИРОВОК ДЛЯ ОЦЕНКИ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	
АВЕДИСОВА А.С., АКЖИГИТОВ Р.Г., ЗИНЧУК М.С., КУСТОВ Г.В., ПОПОВА С.Б., СВЯТСКАЯ Е.А.	18
3. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОПЫ ЛИКВОРОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ АВЕЗОВ	
А.К., АРТЫКОВА М.А.	22
4. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ У ДЕТЕЙ	
АВЕЗОВ С.К., АРТЫКОВА М.А.	23
5. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОЛИФОРМИЗМА ГЕНА РЕЦЕПТОРА ОКСИТОЦИНА И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ЛИЧНОСТНЫХ ЧЕРТ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	
АЛФИМОВА М.В., ГОЛИМБЕТ В.Е., ЛЕЖЕЙКО Т.В.	25
6. СЕМЕЙНАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ ПО АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЗДОРОВЫХ МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ: СВЯЗЬ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ «ПОИСКА НОВИЗНЫ» И СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ	
АРЗУМАНОВ Ю.Л., ГОРЕЦКАЯ Т. А., ДЕНИСОВ В.Е., КИБИТОВ А.О., МЕРКУЛОВА Т.В., ЧУПРОВА Н.А.	28

_Тос111021275

7. КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ ВАРИАНТОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
АСАДУЛЛИН А.Р., СИДОРОВА Е.Ю. 32
8. РАБОТА С СЕМЬЕЙ И БЛИЖАЙШЕМ ОКРУЖЕНИИ ПОДРОСТКА, СОВЕРШИВШЕГО СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ. АЛГОРИТМ ПОМОЩИ ГБУЗ РКПЦ МИНЗДРАВА РБ
АХКАМОВ А.Д., ЗАРУДИЙ А.Ф., ТУЛБАЕВА Н.Р. 36
9. ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ, КАК СПОСОБ СНИЖЕНИЯ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
БАДРИТДИНОВА М.Н., ЯЗМУРАДОВ Ф.А. 38
10. ЦИННАБАРИНОВАЯ КИСЛОТА В ПЛАЗМЕ КРОВИ – ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ МАРКЁР ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ
БАЙМЕЕВА Н.В., ШИЛОВ Ю.Е. 40
11. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ БАЛАКИРЕВА Е.Е., ИВАНОВ М.В., КАЛИНИНА М.А., КОЗЛОВСКАЯ Г.В., СИМАШКОВА Н.В. 43
12. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ РАННЕГО ВОЗРАСТА
БЕЛОВА О.С., СОЛОВЬЕВ А.Г. 47
13. ПЕРЕНЕСЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19 КАК ФАКТОР РИСКА УХУДШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У ЛЮДЕЙ, РАНЕЕ ПОЛУЧАВШИХ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ
БОЙКО О.М., ВОРОНЦОВА О.Ю., ЕНИКОЛОПОВ С.Н., МЕДВЕДЕВА Т.И. 49

14. ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИМИ КАННАБИНОИДАМИ, КОМОРБИДНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Бохан Н.А., Московцева О.Р., Селиванов Г.Ю., Серазетдинова Л.Г., Ясюкевич Н.Ю. 52
15. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИННОВАЦИОННОГО МЕТОДА ТРОМБОДИНАМИКИ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Брусков О.С., Карпова Н.С., Олейчик И.В., Сизов С.В. 53
16. ИЗУЧЕНИЕ МЕХАНИЗМА ФОРМИРОВАНИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ
Гамова А.В., Григорьева И.В. 58
17. СОСТОЯНИЕ ЖИЗНЕННОГО КРИЗИСА У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ
Гамова А.В., Григорьева И.В. 62
18. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ КОМПЛЕКТ
Герасимова В.В., Карпов А.М. 67
19. ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИИ VNTR ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА МЕТИЛТРАНСФЕРАЗЫ МЫШЬЯКА (III) С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ
Голимбет В.Е., Коровайцева Г.И., Олейчик И.В. 71
20. СОДЕРЖАНИЕ И РОЛЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ХЕМОКИНОВ ПРИ МАНИФЕСТАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ
Гольгина С.Е., Прохоров А.С., Сахаров А.В. 73
21. КАК ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ В ПСИХИАТРИИ
Гонжал О.А. 76

22. СЕМЕЙНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕВЕНЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
Гуткевич Е.В. 78
23. ТЕСТ ДИАГНОСТИКИ ДЕТСКОЙ ПСИХОПАТИЧНОСТИ ППЧ-МД
Дацковский И.В.М. 82
24. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ В ДЕТСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГБУЗ АО «ОКПБ»
Денисова Е.А., Соколова Н.Н., Тарханов В.С. 86
25. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕИНФЕКЦИОННОЙ ЛИХОРАДКИ ПРИ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И ГИПЕРТЕРМИИ ПРИ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
Долинная А.В., Кононенко И.Н., Кучерявая В.И., Цыба И.В. 89
26. ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ПРИ КАТАТОНИИ
Заборин А.С., Захарова Н.В., Карташов С.И., Костюк Г.П., Мамедова Г.Ш., Орлов В.А., Холодный Ю.И., Шкуринова М.А. 92
27. ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АРТИФИЦИАЛЬНОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ
Зеленкова-Захарчук Т.А., Мельниченко Г.А., Нуралиева Н.Ф., Трошина Е.А., Юкина М.Ю. 93
28. СКРИНИНГОВЫЕ И МОНИТОРИНГОВЫЕ ШКАЛЫ СОМАТИЗАЦИИ В РОССИИ
Золотарева А.А. 94

29. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПИВА И ВОДКИ
Зубов Н.А. 3, Клименко Т.В. 1, Орлов А.В. 2 96
30. ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ФОНЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ И АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
Иванов М.В., Степанова А.А., Тумова М.А., Янушко М.Г. 99
31. СИЛУЭТЫ ПРОГРЕССА: СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
¹Иванов М.В., ¹Гусейнова З.Т., ¹Становая В.В., ¹Тумова М.А., ²Шошина И.И. 105
32. БИО-ПСИХО-СОЦИО-ДУХОВНАЯ ПАРАДИГМА РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ
Карпов А.М. 108
33. СОМАТИЧЕСКИ НЕОБЪЯСНИМЫЕ СИМПТОМЫ В СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ
Кекелидзе Д.З., Шмилович А.А. 112
34. ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ
Колкова К.М., Пичиков А.А., Попов Ю.В. 113
35. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНДЕРНЫМ НЕСООТВЕТСТВИЕМ
Кременицкая С.А.^{1,2}, Макарова Е.В.^{1,2}, Соловьева Н.В.^{1,2} 117

36. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ С ГЕНДЕРНЫМ
НЕСООТВЕТСТВИЕМ
КРЕМЕНИЦКАЯ С.А., СОЛОВЬЕВА Н.В. 121
37. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У
ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
КРЫНСКИЙ С.А., ПОНОМАРЕВА Е.В. 123
38. РИСКИ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ
ПРЕДПРИЯТИЙ ПО ПРОИЗВОДСТВУ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ ИХ
ПРОФИЛАКТИКА
КУЗЬМИНА С.В. 125
39. ОТНОШЕНИЕ ЧЛЕНОВ ОБЩЕСТВА САМОПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ
БОЛЬНЫХ И ИХ БЛИЗКИХ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ
КУЛИКОВ А.Н., ЛЮБОВ Е.Б. 128
40. АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ
СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ МЫСЛЯМИ
КУРАСОВ Е.С., МАРКОВ А.В., ФОКИН А.С., ШАМРЕЙ В.К. 130
41. КОРРЕЛЯЦИЯ НАРУШЕНИЙ СНА С АФФЕКТИВНЫМИ
НАРУШЕНИЯМИ И ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ВЛЕЧЕНИЕМ К ПАВ НА
ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С
ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ
КУРАСОВ Е.С., МАРКОВ А.В., ФОКИН А.С., ШАМРЕЙ В.К. 132
42. АНАЛИЗ УПОТРЕБЛЕНИЯ НОВЫХ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В
РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ЛИННИК А.А., МАЛЫШКО Е.В., МЫСЛИВЦЕВА А.В. 134
43. БРЕМЯ СЕМЬИ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ КОМПЛАЕНС У ПАЦИЕНТОВ
С ШИЗОФРЕНИЕЙ
ЛУТОВА Н.Б., МАКАРЕВИЧ О.В. 137

44. ПРОТОКОЛ АППРОБАЦИИ БЕТА-ВЕРСИИ МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА НА ОСНОВЕ ГИПНОТЕРАПИИ
Маркин К.В. 141
45. ИЗМЕНЕНИЯ В ВОСПРИЯТИИ ЗАПАХОВ КАК СПЕЦИФИЧЕСКИЙ МАРКЕР ПСИХИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ
Мелёхин А.И. 143
46. СПЕЦИФИКА КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИСКАЖЕННОГО ВОСПРИЯТИЯ ЗАПАХА ИЛИ ОБОНЯТЕЛЬНОГО РЕФЕРЕНТНОГО СИНДРОМА
Мелёхин А.И. 147
47. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ
Мельниченко В.В. 151
48. ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ЗЛУОПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИМИ КАННАБИНОИДАМИ, КОМОРБИДНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Московцева О.Р., Селиванов Г.Ю., Серазетдинова Л.Г. 155
49. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ
Нейфельд Е.А., Шелег Д.А. 156
50. РОЛЬ ПСИХИАТРА/НЕВРОЛОГА В ДИАГНОСТИКЕ НЕДИАБЕТИЧЕСКИХ ГИПОГЛИКЕМИЙ
Нуралиева Н.Ф., Трошина Е.А., Юкина М.Ю. 161
51. ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ
Прупес М.В., Соловьев А.Г., Харьковская О.А. 162

52. СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ
ДЕТСКОГО АУТИЗМА В РАМКАХ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ И ОЧНЫХ
КОНСУЛЬТАЦИЙ
РУБАКОВА Л.И., ХАЙРЕТДИНОВ О.З. 164
53. КОГНИТИВНЫЙ ТРЕНИНГ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ
ТЕХНОЛОГИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ
РЫЖОВА И.А. 169
54. ЗНАЧЕНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИССОЦИАЛЬНЫХ ЧЕРТ
ЛИЧНОСТИ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНОГО
ПОВЕДЕНИЯ
СЕВОСТЬЯНОВ Р.А. 170
55. ТЕЛЕФОННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В
ПОСТСУИЦИДАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ КАК ОДИН ИЗ ВИДОВ
ПРОФИЛАКТИКИ САМОУБИЙСТВ
СЕМЕНОВА Н.Б. 173
56. ПРЕВЕНЦИЯ СУИЦИДА У ПОДРОСТКОВ: СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА
БЕЗОПАСНОСТИ
СЕМЕНОВА Н.Б. 176
57. ЭМПАТИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ЛИЦ С ПЕДОФИЛИЕЙ
СМИРНОВА С.К. 180
58. ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ
ПРИЧИН НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКА: АНАЛИЗ
КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ
ТУРОВСКАЯ Н.Г. 183
59. НЕОЖИДАННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ
ФОМИНЫХ О.М. 186

60. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА
ДЛИТЕЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ ВСЛЕДСТВИЕ
УПОТРЕБЛЕНИЯ ГАЛЛЮЦИНОГЕНОВ (ДРВВГ)
ШАЙДЕГГЕР Ю.М., ШПОРТ С.В. 190
61. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ
ШАПОШНИКОВА Ю.В. 194
- АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ 198

Предисловие

В 2022 году исполнилось 165 лет со дня рождения академика Владимира Михайловича Бехтерева, выдающегося отечественного невролога, психиатра, морфолога и физиолога нервной системы, основателя уникальной научной школы, фундаментом которой выступает идея гармоничного сочетания биомедицинской модели с социальным и психологическим доменами.

Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Превентивная психиатрия: ранняя диагностика и своевременная терапия» неслучайно проходит в Казани – именно этот город связан с началом деятельности всемирно известного академика В.М. Бехтерева.

В научной деятельности В.М. Бехтерева выделяют два больших периода: Казанский и Петербургский. 1885-1893 годы ученый провел за плодотворной работой в Казанском университете. Здесь он развернул широкую экспериментальную и клиническую практику. Несмотря на молодой возраст, В.М. Бехтерев отлично вписался в научный коллектив Казанского университета и стал воплощением различных исследований в области нейроанатомии. В этот период он исследовал роль двигательной коры головного мозга в психических функциях человека, осуществил многочисленные нейроморфологические исследования проводящих путей мозга. Им был открыт ряд нервных структур, некоторые из них впоследствии получили его имя.

Приехав в Казань молодым и энергичным доктором медицины, В.М. Бехтерев отправился в Санкт-Петербург всемирно известным ученым и организатором науки. Всю свою последующую жизнь он не прерывал связи с казанскими учеными и неоднократно указывал на важность роли Казанского периода деятельности в его становлении как ученого и организатора науки и практики.

В 1907 году В.М. Бехтерев основал в Санкт-Петербурге первый в мире психоневрологический институт. Это дало ему возможность организовать неврологическую и психиатрическую клиники, первую в России нейрохирургическую клинику и первый институт по изучению алкоголизма.

Психоневрологический институт – в настоящее время Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева – первое в России научно-исследовательское и высшее учебное заведение, организованное для научной разработки широкого круга вопросов по психологии, психиатрии, неврологии и другим дисциплинам, изучающих психику человека. Здесь работают высококлассные специалисты в области психиатрии, психотерапии, медицинской психологии, наркологии, неврологии, нейрохирургии.

В.М. Бехтерев был убежден, что с физической смертью человек не исчезает бесследно, остаются его идеи, результаты труда, он остается жить в памяти своих учеников и последователей; и Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, где чтят и помнят своих предшественников, – лучшее свидетельство бессмертия В.М. Бехтерева в памяти последователей.

Сегодня Казанский университет и Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева укрепляют тёплые отношения, активно сотрудничая и организуя совместные мероприятия для успешного развития и достижения целей и задач, поставленных В.М. Бехтеревым. Оба учреждения высоко ценят вклад В.М. Бехтерева в науку и отстаивают его идеи, направленные на познание человека, уважение и признание в нем личности и всего человеческого.

Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Превентивная психиатрия: ранняя

диагностика и своевременная терапия», собравший труды специалистов в области психиатрии, психотерапии, сексологии, неврологии и наркологии, позволяет ознакомиться с наиболее актуальными вопросами, методами их решения и интересными взглядами.

Директор ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России,
Президент Российского общества психиатров,
Президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии (WADP),
заведующий кафедрой психиатрии и наркологии с курсами медицинской психологии и
психосоматической медицины ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,
заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор
Николай Григорьевич Незнанов

КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ШИЗОТИПИИ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Абашкин Д.А., Алфимова М.В., Голимбет В.Е., Кондратьев Н.В.,

Плакунова В.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

Термин «шизотипия» был введен для обозначения особой личностной организации, отражающей генетическую предрасположенность к шизофрении. В настоящее время использование психометрической оценки шизотипических черт у здоровых лиц рассматривают в качестве важного инструмента в исследованиях, направленных на повышение эффективности подходов к превенции шизофрении и раскрытие патогенеза заболевания. Однако существующие данные указывают на возможную этиологическую гетерогенность происхождения шизотипии в общей популяции, с существованием форм, не связанных с генетикой психоза. Целью настоящего исследования было уточнение структуры и генеза шизотипии в российской популяции на основе изучения ее молекулярно-генетических и психологических коррелятов. Для этого был проведен комплексный многофакторный анализ когнитивных и мотивационно-аффективных процессов, играющих роль в формировании шизотипических черт у лиц из общей популяции, и оценена связь дименсий (факторов) и таксонов шизотипии с полигенными показателями риска заболевания, вычисленными на основе полногеномной информации.

Для оценки шизотипических черт применяли Опросник шизотипической личности (SPQ-74). Его заполнили 1377 здоровых испытуемых без наследственной отягощенности психозами. В подгруппах различной численностью было проведено исследование факторной и таксономической структуры шизотипии, а также связи полученных факторов и таксонов шизотипии с чертами темперамента и характера в биопсихосоциальной модели Р. Клонингера (ТСІ-125), со шкалами ММРІ, с системой позитивной (консуматорное и антиципирующее удовольствие, TEPs; система активации

поведения, BAS) и негативной валентности (тревожность, STAI; система торможения поведения, BIS), с когнитивными системами декларативной памяти и когнитивного контроля (семантическая вербальная беглость, тест слухоречевой памяти Рея, тест следования по маршруту, цветовой тест Струпа, отсчитывание с переключением), с социальными когнициями – распознаванием мимически выраженных эмоций (модифицированная методика Е.Д. Хомской) и построением моделей психического («Faux Pas Stories»). Использовали анализ сетей, интеллектуальный анализ данных и регрессионные методы.

Результаты показали, что в российской популяции размерная структура шизотипии лучше всего описывается четырехфакторной моделью N. Stefanis, состоящей из позитивного, негативного, параноидного и дезорганизационного факторов. Как и в других популяциях, в российской выделяется несколько таксоноподобных групп с разными профилями шизотипических черт, а именно большая группа лиц с низкой шизотипией, а также группы с позитивной, негативной и высокой смешанной шизотипией (ВСШ). Наибольшее сходство с больными шизотипическим расстройством и шизофренией демонстрируют лица с ВСШ, хотя выраженность соответствующих личностных и когнитивных особенностей у них существенно ниже, чем в клинических когортах. Так, группа ВСШ характеризуется сочетанием позитивных и негативных признаков шизотипии по SPQ, а ее MMPI- и TCI-профили соответствуют акцентуации по «шизотипическому» типу. На когнитивном уровне ВСШ демонстрирует умеренное снижение когнитивного функционирования относительно других групп, с наибольшими дефицитами в области концентрации внимания и продуктивности декларативной памяти, а также повышение количества ошибок памяти. На молекулярно-генетическом уровне у них обнаружены наиболее высокие среди всех групп полигенные показатели риска шизофрении. При этом в группах с изолированными позитивными или негативными шизотипическими проявлениями полигенные показатели риска шизофрении не повышены, а уровень когнитивного функционирования не снижен. Профиль MMPI группы с позитивной шизотипии

соответствует слабо выраженной гипоманиакальной акцентуации, а группы с негативной – психастенической. При этом у всех шизотипических групп относительно лиц с низкой шизотипией повышены оценки по шкале ТСІ Трансцендентность Я.

В целом, результаты согласуются с квази-континуальной моделью шизотипии П. Миля, согласно которой в популяции существует группа «истинных шизотипов» (около 10% лиц популяции), то есть людей с повышенным генетическим риском развития шизофрении. Они также подтверждают, что важнейшей характеристикой этой группы является сочетание высоко выраженных позитивных и негативных проявлений шизотипии. В то же время полученные данные позволяют предположить, что позитивная и негативная шизотипии могут не принадлежать к континууму предрасположенности к психозу.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-013-00230.

ЗНАЧЕНИЕ ТАТУИРОВОК ДЛЯ ОЦЕНКИ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Аведисова А.С., Акжигитов Р.Г., Зинчук М.С., Кустов Г.В., Попова С.Б.,
Святская Е.А.**

ГБУЗ Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева

Департамента здравоохранения города Москвы

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и
наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России*

Москва

Суицид относится к ведущим предотвратимым причинам смерти в мире. Несмотря на значительное количество накопленных данных о клинических, биологических и психологических предпосылках суицидальности,

прогнозирование вероятности совершения суицидальной попытки конкретным человеком остаётся сложной задачей. В этой связи актуальным остаётся поиск поведенческих и биографических маркеров риска перехода от суицидальных мыслей к попытке.

Одним из таких доступных для выявления практическим врачом феноменом является татуировка. Длительное время татуирование практиковалось преимущественно в социально маргинализованных и в некоторых профессиональных группах (моряки). Во второй половине XX века ситуация изменилась, и нанесение татуировок распространилось в общей популяции. Так, исследование, проведённое на «миллениалах», показало, что четверо из десяти опрошенных имеют татуировки, большинство респондентов наносили себе более одной татуировки. По данным ряда исследований, имеется отчетливая связь между наличием татуировки и рядом неблагоприятных параметров, таких как: детский стресс, худшая академическая успеваемость, небезопасное сексуальное поведение, неправильное питание, опасное употребление алкоголя и меньшая продолжительность жизни. Также была выявлена связь между наличием татуировок и такими клиническими параметрами как диагноз личностного расстройства, зависимость от психоактивных веществ и несуйцидальное самоповреждающее поведение (НССП). Обращает на себя внимание, что каждый из вышеперечисленных параметров может сам по себе повышать риск совершения суицидальной попытки.

Цель: изучить особенности самоповреждающего (суицидального и несуйцидального) поведения у пациентов с суицидальной идеацией, имеющих татуировку.

Пациенты и методы: для реализации поставленной цели было обследовано 737 пациентов с непсихотическими психическими расстройствами и суицидальной идеацией, проходивших лечение в ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ.

При обследовании использовалась регистрационная карта, разработанная для настоящего исследования, и русскоязычная версия интервью SITBI («Self-Injurious Thoughts and Behavior»).

В качестве статистических методов использованы точный тест Фишера и тест Манна-Уитни. Категориальные переменные представлены в виде N (%), а количественные – среднего арифметического (стандартное отклонение). Статистический анализ был проведен с помощью программы «Jamovi».

Результаты и обсуждение: Средний возраст вошедших в исследование пациентов составил 24,6 (6,02) года. Большинство пациентов имело женский пол при рождении (643 (87,2%)), при этом 56 (7,6%) пациентов на момент осмотра сообщили о небинарной гендерной идентичности. Неоконченное высшее образование имели 254 (34,6%) пациента, высшее образование – 221 (30%), среднее специальное – 110 (14,9%), полное школьное – 113 (15,3%) и 39 (5,42%) – неоконченное среднее образование. Половина пациентов не работали (370 (50,2%)), были трудоустроены 343 (46,5%) пациента, остальные 24 (3,3%) находились на пенсии. Не имели отношений на момент осмотра 386 (52,4%) человек, 145 (19,7%) состояли в незарегистрированных отношениях и 206 (28%) – в браке.

Распределение по диагнозам: униполярная депрессия – 196 (26,6%), биполярное расстройство (БАР) – 171 (23,2%), расстройства личности (РЛ) – 176 (23,8%), шизотипическое расстройство личности (F21.8) – 97 (13,2%), невротические и связанные со стрессом расстройства – 86 (11,7%), органические расстройства – 43 (13,2%), расстройства пищевого поведения (F50) – 22 (3,6%), обсессивно-компульсивное расстройство – 9 (1,2%).

Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от наличия/отсутствия у них татуировок. В основную группу (пациенты с татуировками) вошло 311 (42,2%) человек, а в группу сравнения – 426 (57,8%) пациентов.

Между собой группы значимо не различались по возрасту, гендерной идентичности, уровню образования и семейному положению. Среди пациентов

основной группы чаще встречались лица с женским полом при рождении (286 (92%) vs 357 (83,8%): $p=0,001$) и трудоустроенные на момент осмотра (161 (51,8%) vs 182 (42,7%): $p=0,047$).

Между группами не было выявлено значимых различий по диагнозам, за исключением шизотипического личностного расстройства, которые значимо чаще выявлялось в группе сравнения (26 (8,4%) vs 71 (16,7%): $p\leq 0,001$), а так же БАР (86 (27,7%) vs 85 (25%): $p=0,017$) и РЛ (103 (33,1%) vs 73 (17,1%): $p\leq 0,001$), которые были более характерны для пациентов основной группы.

Пациенты с татуировками чаще имели опыт НССП (252 (81%) vs 285 (66,9%): $p\leq 0,001$), а возраст нанесения первого самоповреждения у них был значимо ниже (14,7 (3,78) vs 15,8 (4,98): $p=0,005$). Среди пациентов основной группы было больше пациентов, обращавшихся за медицинской помощью по поводу физических последствий НССП (38 (15,2%) vs 24 (8,5%): $p=0,018$).

Пациентов, имеющих татуировки, отличал более ранний возраст возникновения суицидальных мыслей (14.9 (4,42) vs 16.4 (6,22): $p=0,008$). Кроме того, они чаще разрабатывали суицидальный план (199 (64%) vs 206 (48,4%): $p\leq 0,001$).

В основной группе чаще встречались лица, совершавшие суицидальную попытку (160 (51,4%) vs 153 (35,9%): $p\leq 0,001$), при этом возраст реализации первой суицидальной попытки между группами значимо не различался (18,2 (4,97) vs 18.3 (5,63): $p=0,844$).

Выводы: Татуировки у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами ассоциированы с женским биологическим полом, диагнозами БАР и расстройство личности, а также с неблагоприятными вариантами течения НССП и суицидальности (раннее возникновение суицидальных мыслей, разработка плана суицида, совершение суицидальных попыток). Татуировки являются легко регистрируемым в повседневной клинической практике параметром, наличие которого может свидетельствовать о вероятности неблагоприятного течения суицидальности у пациента с риском перехода от идеации к реализации попытки.

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОПЫ ЛИКВОРОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Авезов А.К., Артыкова М.А.

Бухарский государственный медицинский институт Республики Узбекистан

Бухара, Республика Узбекистан

Актуальность проблемы исследования детской черепно-мозговой травмы (ЧМТ) обусловлена значительной распространенностью, высоким процентом инвалидизации и смертности детей. Ликвородинамические нарушения при ЧМТ у детей – частое состояние, при котором возможно как увеличение внутричерепного давления (ВЧД), так и его уменьшение. Наиболее распространенным вариантом изменения ВЧД является его повышение (внутричерепная гипертензия).

Цель исследования: выявить основные синдромы ликвородинамических нарушений у детей, перенесших ЧМТ в остром периоде.

Материал и методы исследования. Были обследованы 153 детей, перенесшие ЧМТ лёгкой и средней тяжести, находившиеся на лечении в отделениях нейрохирургии и травматологии Бухарского филиала РЦСНМП в возрасте от 3-х до 12 лет, 59 девочек и 94 мальчика. Всем больным проведено: МСКТ, осмотр глазного дна, исследование ликвора.

Результаты исследования. 1. Головная боль наблюдалась в 153 случаях (100%), особенно увеличение ее интенсивности в ранние утренние часы или непосредственно после пробуждения, что обусловлено циркадными ритмами продукции СМЖ, (40% ликвора образуется с 4 до 6 часов утра). Часто с нарастанием интенсивности головной боли появлялась рвота.

2. Рвота присоединялась в 97 (63,3%) случаях, также как и головная боль чаще возникала по утрам. После рвоты часто интенсивность цефалгии снижалась или головная боль иногда исчезала совсем.

3. Застойные явления на глазном дне наблюдались в 89 (58,1%) случаях, которые являются весьма патогномичным признаком внутричерепной гипертензии.

Выводы. Клиническое повышение ВЧД подтверждались МСКТ, а также изменением глазного дна при нормальном клеточном составе ликвора. Для клинической картины ликвородинамических нарушений при ЧМТ у детей в остром периоде был установлен синдром внутричерепной гипертензии, которая характеризовалась триадой основных симптомов. Названные состояния диктуют необходимость поиска эффективных препаратов, способствующих нормализации ликворологических нарушений.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ У ДЕТЕЙ

Авезов С.К., Артыкова М.А.

Бухарский государственный медицинский институт Республики Узбекистан

Бухара, Республика Узбекистан

Актуальность. Изучение патогенеза эпилепсии у детей позволяет уточнять патофизиологические механизмы эпилептического процесса и подбирать оптимальный вариант лечения. Если эпилептические приступы появились в результате черепно-мозговой травмы (ЧМТ), то их рассматривают как посттравматическую эпилепсию. Тем не менее термин «посттравматическая эпилепсия» не раскрывает многообразия эпилептических состояний, обусловленных ЧМТ. Закономерности их формирования до конца не изучены, и они не разделяются по механизму развития и прогнозу.

Цель исследования – изучить особенности клинической картины течения черепно-мозговой травм и посттравматической эпилепсии у детей.

Материал и методы исследования. Были обследованы 185 детей, перенесшие сотрясения мозга, его ушибы легкой и средней степени тяжести, находившиеся на лечении в отделении хирургического повреждения детского возраста Бухарского филиала РНЦЭМП в возрасте от 3-х до 14 лет, 69 (37,3%)

девочек и 116 (62,7%) мальчика. В диагнозе учитывалась классификация клинических форм повреждения черепа и головного мозга.

Результаты исследования. Сравнивая частоту появления ранних посттравматических эпилептических приступов у детей в различных возрастных группах, необходимо сказать, что вероятность их появления в остром периоде травмы мозга уменьшается в более старших возрастных группах, этот показатель коррелируется в зависимости от тяжести травмы. Клинико-неврологические особенности были изучены за 3 периода течения ЧМТ: острый период – у 109 (58,9%) детей, промежуточный период – у 61 (32,9%) детей и 5(2,7%) детей – отдаленный период. Наличие посттравматических эпилептических приступов установлено у 31,5% детей, среди которых 40,9% – с травмой легкой степени тяжести, 59,1% – со средней степени тяжести. Детей с эпилептическими приступами и легкой степенью ЧМТ среди всех детей достоверно меньше, чем детей со средней степени тяжести ($p>0,05$). В группе детей с эпилептическими приступами наблюдались 29,2% пациентов с ранними эпилептическими приступами, развивающимися в течение недели после травмы, и 60,8% – с поздними эпилептическими приступами, возникшими после недели с момента получения травмы.

Таким образом, в остром периоде наблюдались ранние эпилептические приступы у 25,2% детей со средней степенью ЧМТ. В промежуточном периоде с ранними эпилептическими приступами наблюдались 60,1% пациентов с легкой ЧМТ, с поздними – 14,7% детей с ЧМТ тяжелой степени тяжести. Большинство детей с эпилептическими приступами наблюдались в отдаленном периоде и почти равномерно распределились по степени тяжести. В результате проведенного исследования установлены основные риски и характер ЧМТ у детей разного возраста, особенности клинического течения посттравматической эпилепсии в остром и отдаленном периодах ЧМТ.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОЛИФОРМИЗМА ГЕНА РЕЦЕПТОРА ОКСИТОЦИНА И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ЛИЧНОСТНЫХ ЧЕРТ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Алфимова М.В., Голимбет В.Е., Лежейко Т.В.

*Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный
центр психического здоровья»*

Москва

Введение. Шизофрения связана с низким уровнем экстраверсии и высоким уровнем нейротизма, что отчасти определяет низкое качество жизни пациентов. В связи с этим представляет интерес исследование этиологии этих черт при шизофрении, включая вклад взаимодействия генетического полиморфизма биологических систем, регулирующих просоциальное поведение, и средовых факторов риска заболевания в формирование экстраверсии. Известно, что окситоцин играет важную роль в модуляции социального поведения, в том числе на ранних стадиях онтогенеза. Молекулярно-генетические исследования свидетельствуют, что окситоцин способствует просоциальному поведению, при этом влияние окситоцина зависит от ситуационных и личностных факторов. Полиморфные сайты в гене рецептора окситоцина (OXTR), в частности интронный вариант rs53576 (A/G) и расположенный на 3'-конце гена rs7632287 (G/A), ассоциированы с социальными когнициями и особенностями социальных взаимодействий в норме и при ряде психических расстройств, включая шизофрению.

Цель исследования – оценить связь полиморфизмов rs7632287 и rs53576 гена OXTR со степенью выраженности черт, измеряемых Личностным опросником Айзенка, у больных шизофренией с учетом наличия такого средового фактора риска шизофрении как перинатальная патология.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 441 больной шизофренией (277 женщин и 164 мужчины, средний возраст $32,0 \pm 10,3$ лет, возраст к началу заболевания $25,0 \pm 8,5$ лет), с диагнозом шизофрения,

шизоаффективный психоз, шизотипическое расстройство (рубрики F20.,25.,21., по МКБ-10). Все больные подписали информированное согласие на участие в исследовании и сдали кровь для выделения ДНК. Методом фенол-хлороформным из венозной крови выделяли ДНК. Генотипирование проводили с использованием ПЦР методом плавления с высоким разрешением (HRM), использовали олигонуклеотидные праймеры; OXTR(A/G) rs53576 прямой GCCTGGTCCCCACACCTCGGGC и (обратный) GGCTGACAGGCACAGGAGGCCTGGTT, OXTR (G/A) rs7632287 прямой – CTCTTCGTGCATGTCCCAGC и (обратный) GGAGAAGAGAGGCTTGCACTGA. В качестве средового фактора, связанного с перинатальной патологией, выбрано осложнение при родах. К таковым относили гипоксию, токсикоз, низкий вес при рождении, родовые травмы. Наличие перинатальной патологии выявлено у 88 больных. Личностные особенности измеряли с помощью Личностного опросника Айзенка (EPI). Опросник состоит из трех шкал – Экстраверсии, Нейротизма и Лжи. Последняя также была включена в анализ ввиду данных о ее связи с перинатальными вредностями. Применяли многомерный ковариационный анализ (MANCOVA). В качестве зависимой переменной использовали баллы по шкалам опросника Айзенка, в качестве групповых факторов – генотип и средовый фактор (осложнение при родах), в качестве ковариат – возраст и пол.

Результаты и их обсуждение. Распределение генотипов по полиморфизмам OXTR(A/G) rs53576 было следующим: AA- – 18,14% (80 человек), AG – 48,07% (212), GG – 33,79% (149), OXTR (G/A) rs7632287: GG- – 56,46% (249), GA – 36,60% (157), AA – 7,94% (135). Распределение генотипов в исследуемой выборке соответствовало закону Харди-Вайнберга ($p > 0,05$). При анализе влияния сайта rs53576 на личностную организацию обнаружен эффект взаимодействия генотипа с осложнением при родах на оценки по шкале Лжи ($F=5,47$; $df (2;432)$; $p=0,012$). Самые высокие показатели наблюдались у пациентов с генотипом GG из группы с родовыми осложнениями, они значительно отличались от пациентов с генотипом AA из этой же группы ($p=0,045$). Эти

данные расширяют результаты предыдущих исследований психически здоровых людей, в которых была показана связь перинатальных факторов и раннего развития с повышением оценки по этой шкале и аллеля А с пониженным уровнем агрессивности. Стоит отметить, однако, что среди исследователей отсутствует консенсус относительно значения шкалы Лжи как индикатора индивидуальных особенностей. Ее связывают как с социальной покладистостью (конформизмом), что перекликается с нашими данными, так и с нарушением инсайта. При анализе влияния генотипа в сайте rs7632287 обнаружен эффект взаимодействия между генотипом, родовыми осложнениями и полом на оценки по шкале Экстраверсии ($F=6,40$; $df(2;429)$; $p=0,002$). У больных мужчин с генотипом АА и родовыми осложнениями ($n=2$) наблюдались экстремально низкие уровни экстраверсии (4,0 балла при средней оценке по группе 10,5 баллов); они значительно отличались по этому показателю от всех других групп. Предыдущие результаты свидетельствуют, что аллель А полиморфизма rs7632287 является аллелем риска антисоциального поведения у мальчиков-подростков из Швеции. Перинатальные факторы, в частности низкий вес при рождении, в свою очередь, ассоциированы со снижением экстраверсии. Таким образом, результаты согласуются с данными литературы и позволяют предположить, что полиморфизм rs7632287 гена рецептора окситоцина модифицирует связь между перинатальными факторами риска шизофрении и экстраверсией, однако наличие в нашей выборке всего двух мужчин с генотипом АА и родовыми осложнениями является существенным ограничением проведенного анализа.

Выводы. Наши результаты свидетельствуют о модифицирующей роли полиморфизма гена OXTR на связь между родовыми осложнениями и вариативностью личностных черт, связанных с социальным поведением, у больных шизофренией. Полученные нами результаты можно рассматривать как предварительные. Необходимы дальнейшие исследования на выборках большего размера.

СЕМЕЙНАЯ ОТЯГОЩЁННОСТЬ ПО АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЗДОРОВЫХ МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ: СВЯЗЬ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ «ПОИСКА НОВИЗНЫ» И СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Арзуманов Ю.Л., Горецкая Т. А., Денисов В.Е., Кибитов А.О.,
Меркулова Т.В., Чупрова Н.А.

*Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный
медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.*

Сербского» Минздрава России

Москва

Введение. Алкогольная зависимость (АЗ) – мультифакториальное полигенное заболевание, и принадлежит к обширному классу болезней наследственного предрасположения. Семейная отягощенность в виде наличия в семье кровных родственников с АЗ является проявлением генетического фактора этиопатогенеза в рамках биопсихосоциальной модели формирования АЗ.

Лица с семейной отягощенностью по АЗ имеют повышенный риск развития АЗ, уровень которого повышается еще сильнее при наличии высокой степени семейной отягощенности – более двух кровных родственников с АЗ в семье. В рамках поиска адекватных маркеров высокого риска развития АЗ для целей ранней персонифицированной профилактики наркологических заболеваний представляется актуальным выявление специфических особенностей здоровых лиц молодого возраста, имеющих семейную отягощенность по АЗ, в том числе высокой степени. Важными особенностями являются черты личности, темперамента и характера, а также суицидальное поведение. Вопрос о связи этих особенностей и семейной отягощенности по АЗ остается на сегодняшний день практически неизученным.

Цель исследования. Анализ связи семейной отягощенности по алкогольной зависимости и ее степени с чертами личности, темперамента и характера, а также с суицидальным поведением у здоровых молодых взрослых.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди добровольцев – студентов московских вузов в возрасте от 17 до 32 лет без психических и наркологических заболеваний. Участники исследования в ходе однократного визита самостоятельно заполняли анкету-опросник исследования и опросник темперамента и характера Клонинджера («Temperament And Character Inventory», TCI) для оценки основных черт темперамента и характера. Была использована русскоязычная версия, включающая 125 вопросов (TCI-125). Опросник включает подшкалы: «поиск новизны», «избегание вреда», «зависимость от вознаграждения», «настойчивость», «самонаправленность», «сотрудничество», «самосовершенствование» (трансцендентность «Я»). Для оценки суицидального поведения анкета-опросник исследования включала в себя вопросы о наличии суицидальных мыслей и суицидальных попыток в течение жизни.

Для выявления и оценки семейной отягощенности по АЗ («family history», FH), согласно самоотчету участника, оценивали факт наличия в семье участника кровных родственников с АЗ и количество таких родственников без учета степени родства. При наличии таких родственников участника относили к группе FH, которая далее была разделена на подгруппы в зависимости от степени семейной отягощенности: средняя степень (FH1) – только 1 родственник, высокая степень (FH2) – два и более родственника. При отсутствии таких родственников участника относили к группе без семейной отягощенности (FH0).

Дизайн исследования и статистическая обработка. Проводили сравнение групп FH, FH1 и FH2 с группой FH0 по всем переменным исследования. Дополнительно сравнивали группы FH1 и FH2 для выявления возможных эффектов степени семейной отягощенности.

Анализ данных проводили с использованием статистического пакета «IBM SPSS Statistics 20». Ни одна количественная переменная не соответствовала нормальному распределению при проверке с использованием критерия Колмогорова-Смирнова, в связи с этим для сравнения групп по количественным переменным был использован непараметрический U-критерий Манна-Уитни.

Для сравнения групп по категориальным переменным использовали критерий χ^2 Пирсона с вычислением отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала (95% ДИ) с применением поправки Бонферрони для множественных сравнений. Статистически значимыми считали различия при $p \leq 0,05$. Для оценки ассоциаций с корректировкой на пол был применен метод одномерной общей линейной модели (ОЛМ).

Результаты. В исследование вошли 95 здоровых добровольцев. Средний возраст составил 20,68 (SD=2,4463) лет, доля женщин – 80 %. Группу FH составили 52 участника (54,7% выборки), в том числе группу FH1 (22,1% выборки) и группу FH2 (32,6% выборки), 43 участника (группа FH0) сообщили об отсутствии семейной отягощенности по АЗ. Различий по полу и возрасту между группами сравнения не было выявлено.

Было обнаружено, что участники группы FH имеют больший средний балл по подшкале TCI – «поиск новизны» ($p=0,002$), различия были подтверждены ОЛМ ($p=0,001$, $F=10,822$), но при корректировке на пол перестали быть статистически значимы. Участники группы FH2 также имеют больший средний балл по подшкале «поиск новизны» ($p=0,001$) по сравнению с FH0, различия были подтверждены ОЛМ с корректировкой на пол ($p=0,021$, $F=5,574$).

FH1 имеют меньший средний балл по подшкале TCI-125 – «сотрудничество» ($p=0,089$, тренд) и больший средний балл по подшкале TCI-125 – «поиск новизны» ($p=0,09$, тренд) по сравнению с FH0. Различия по подшкале TCI-«поиск новизны» не были подтверждены после построения ОЛМ. Различия по подшкале TCI – «сотрудничество» были подтверждены после построения ОЛМ ($p=0,079$, тренд, $F=3,201$), но при корректировке на пол перестали быть статистически значимы. При сравнениях групп по прочим подшкалам TCI-125 и при сравнении групп FH1 и FH2 значимых различий обнаружено не было.

Участники группы FH чаще сообщали о наличии суицидальных мыслей в течение жизни ($p=0,059$, тренд), при этом данные различия достигли значимости

у участников группы FN2 ($p=0,015$) по сравнению с FN0. Достоверных различий по самоотчетам о суицидальных попытках обнаружено не было.

Заключение. Таким образом, полученные результаты подтверждают связь семейной отягощенности по алкогольной зависимости и ее степени с выраженностью черты личности «поиск новизны», а также с суицидальным поведением в виде наличия суицидальных мыслей в течение жизни у здоровых молодых взрослых. При этом наиболее значимые различия демонстрируют участники с наличием в семье двух и более кровных родственников с алкогольной зависимостью. Выраженность черты личности «поиск новизны» считается хорошо доказанным предиктором высокого риска развития аддикций в молодом возрасте, также имеются данные литературы о связи с суицидальным поведением, но связь семейной отягощенности по алкогольной зависимости с этими характеристиками показана впервые в нашем исследовании. Необходимо проведение дополнительных исследований на расширенных и сбалансированных по полу выборках для верификации полученных результатов.

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ ВАРИАНТОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Асадуллин А.Р., Сидорова Е.Ю.

ФГБОУ ВО БГМУ

Уфа

Введение. По определению ВОЗ, суицид – преднамеренный акт убийства самого себя, который ежегодно совершают около 800 000 человек.

Ежегодная смертность в мире от самоубийств равняется коэффициенту 14,5 на 100 000 человек, что составляет примерно одну смерть каждые 40 секунд.

Частота суицидов в России в 2018г. составила 12,2 на 100 тыс. населения, а в 2019 году она соответствует коэффициенту 11,6 на 100 тыс. населения. Однако приведенные данные не исключают важность дальнейшего изучения этой проблемы.

Суицидальное поведение часто формируется в структуре психических расстройств (в первую очередь шизофрении, депрессий, и расстройств, вызываемых потреблением алкоголя).

В настоящее время существует недостаточное количество исследований, доказывающих генетическую роль различных форм суицидального поведения у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, поэтому целесообразно рассмотрение данной проблемы, учитывая ее актуальность и распространённость в мире.

Цель исследования: определить клинико-генетические ассоциации полиморфных вариантов генов HTR2A(rs6313) MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497) с формами суицидального поведения у пациентов с алкогольной зависимостью.

Задачи исследования: 1. Изучить распространенность суицидального поведения и определить наиболее характерные его типы среди пациентов с синдромом зависимости от алкоголя.

2. Выявить ассоциации полиморфных вариантов генов HTR2A (rs6313), MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497) с суицидальным поведением и без такового у пациентов с алкогольной зависимостью.

3. Определить клинико-генетические ассоциации между тяжестью клинической картины алкогольной зависимости и полиморфными вариантами генов HTR2A (rs6313), MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497) у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя с суицидальным поведением и без такового.

4. Изучить ассоциации депрессивных нарушений и полиморфных вариантов генов HTR2A(rs6313), MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497) у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя с суицидальным поведением и без такового.

Материалы и методы: В исследование было включено 384 пациента, проживающих на территории Республики Башкортостан, госпитализированных в ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер №2» МЗ РБ (г.Стерлитамак) и ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер №1» МЗ РБ (г.Уфа) в период с 2019 по 2021гг. Средний возраст пациентов составил 43 года \pm 8 лет. Среди включенных в исследование: 23,7% (91/384) – женщины, 76,2% (293/384) – мужчины.

С целью оценить общие клинические впечатления применялась шкала общего клинического впечатления. Оценка тяжести протекания синдрома отмены алкоголя была изучена при помощи шкалы оценки состояния отмены алкоголя.

Для исследования выраженности депрессивных нарушений применялась Шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберг. В качестве метода исследования суицидального поведения применялась Колумбийская шкала серьезности суицидальных намерений.

Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО БГМУ.

Критерии включения: наличие верифицированного диагноза F10.2 «Синдром зависимости от алкоголя»; период клинического наблюдения в наркологической службе более года; подписанное добровольное информированное согласие; возраст не младше 18 и не старше 55 лет; не менее 7 и не более 14 дней с момента госпитализации; отсутствие приема психотропных препаратов в течение 3 суток до момента обследования.

Критерии невключения: отказ от участия в исследовании; наличие на момент обследования синдрома отмены алкоголя; пациент отвечает критериям диагностики зависимости от другого психоактивного вещества, кроме алкоголя, никотина и кофеина; наличие причин, затрудняющих вербальный контакт; наличие коморбидной психической патологии: шизофрения, шизотипическое расстройство, бредовые расстройства (F20-F29), деменция (F00-F03), умственная отсталость (F70-F79), с тяжелой соматической патологией сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы.

Группы пациентов были поделены по критерию наличия/отсутствия суицидального поведения и в соответствии с результатами клинического интервьюирования градуированы в зависимости от формы суицидального поведения по классификации Зотова П. Б. и Уманского С. М. (2011г.).

Результаты. В исследуемой выборке наличие суицидальных тенденций было выявлено у 40% пациентов (154/384). Среди них 43% (66/154) были отнесены к пациентам с внешними и внутренними формами суицидального поведения, у 57% (88/154) отмечались только внутренние формы суицидального поведения.

С повышенным риском внешних форм суицидального поведения у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя ассоциируется носительство генотипа TT гена MTNR1A (rs34532313) (Хи-квадрат Пирсона=10,509, p=0,001).

Обнаружена тенденция к большей частоте встречаемости внешних форм суицидального поведения у носителей генотипа GG гена MTNR1B (rs10830963) (Хи-квадрат Пирсона =3,675, p=0,055).

Для носительства генотипа СС гена DRD2 (rs1800497) характерна меньшая частота встречаемости внешних и внутренних форм суицидального поведения, чем для носительства других генотипов (Хи-квадрат Пирсона=10,015, p=0,002; Хи-квадрат Пирсона=5,326, p=0,021).

Ассоциаций носительства гена CLOCK (rs1801260) с суицидальным поведением не обнаружено.

Определены различия клинико-генетических ассоциаций тяжести течения синдрома зависимости от алкоголя у пациентов с суицидальным поведением и без такового.

Для исследуемой группы выявлены ассоциации: генотипа СС гена HTR2A (rs6313) с делирием и судорожными припадками; генотипа СС гена CLOCK (rs1801260) с отсутствием возникновения делирия и судорожных припадков; генотипа ТТ гена MTNR1A (rs34532313) и генотипа GG гена MTNR1B (rs10830963) с возникновением судорожных припадков.

Для пациентов без суицидального поведения: носительство генотипа ТТ гена CLOCK (rs1801260) связано с возникновением судорожных припадков; обнаружена тенденция к большей частоте встречаемости делирия у носителей генотипа GG гена MTNR1B (rs10830963).

Установлено, что генетическими маркерами риска депрессивных нарушений у пациентов с суицидальным поведением и синдромом зависимости от алкоголя является носительство генотипа ТТ гена HTR2A (rs6313) и генотипа GG гена MTNR1B (rs10830963). Обнаружена тенденция к меньшей частоте встречаемости депрессивных нарушений у носителей генотипа СС гена CLOCK (rs1801260).

Для пациентов без суицидального поведения: носительство генотипа ТТ гена MTNR1A (rs34532313) и генотипа СС гена MTNR1B (rs10830963) связано с отсутствием возникновения депрессивных нарушений.

Выводы. Таким образом, мы обнаружили клинико-генетические ассоциации, характерные для пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и суицидальным поведением и без такового.

В результате нашего исследования у пациентов с алкогольной зависимостью преобладали внутренние формы суицидального поведения.

**РАБОТА С СЕМЬЕЙ И БЛИЖАЙШЕМ ОКРУЖЕНИИ ПОДРОСТКА,
СОВЕРШИВШЕГО СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ. АЛГОРИТМ
ПОМОЩИ ГБУЗ РКПЦ МИНЗДРАВА РБ**

Ахкамов А.Д., Зарудий А.Ф., Тулбаева Н.Р.

ГБУЗ РКПЦ Минздрава Республики Башкортостан

Уфа

Введение. Актуальность проблемы исследования вызвана высоким уровнем суицидов подростков в республике по сравнению с регионами Приволжского федерального округа. В республике ведется профилактическая работа по предупреждению аутоагрессивных тенденций, разрабатываются алгоритмы помощи семьям и ближайшему окружению, в том числе с участием вспомогательных структур. Организовано взаимодействие со всеми службами, сталкивающимися в своей работе с пациентами суицидального поведения.

Цель исследования. Выявление лиц группы риска среди семьи и ближайшего окружению суицидента, формирование алгоритма помощи ГБУЗ РКПЦ Минздрава РБ.

Материал и методы исследования. В Республике Башкортостан, согласно приказу №2103-Д от 22.11.2019г. «О маршрутизации пациентов при оказании суицидологической помощи детскому и взрослому населению в Республике Башкортостан» за 2019-2022гг., осуществлено 178 выездов мобильных бригад специалистов ГБУЗ РКПЦ Минздрава РБ (врачи-психотерапевты и клинические психологи) в районы Республики Башкортостан для оказания психолого-психотерапевтической работы с семьей и ближайшим окружением несовершеннолетнего, закончившего суицид или совершившего суицидальную попытку. Выезд мобильной бригады по поводу завершеного суицида осуществлялся в течение первых трех рабочих дней для определения

круга близких друзей суицидента и проведения с ними психодиагностики уровня суицидальной активности. Мобильная бригада оказывала экстренную психолого-психотерапевтическую помощь, систему краткосрочных мероприятий, направленных на стабилизацию актуального психологического состояния и негативных эмоциональных переживаний несовершеннолетнего или группы людей, пострадавших в результате суицида несовершеннолетнего, выступления перед родителями класса, где обучался подросток-суицидент, разбор суицидального случая с педагогическим коллективом класса, в котором учился суицидент. Также проводилась методическая помощь педагогу-психологу (социальному педагогу) образовательной организации, индивидуальные консультации с родителями суицидента (при их добровольном согласии) либо с родственниками, которые могут оказать посильную помощь родителям погибшего ребенка, беседа с обучающимися, направленная на формирование у них принципов здорового образа жизни, предупреждение суицидального поведения, в том числе с целью профилактики повторных суицидальных попыток. В качестве психометрических средств использовались Шкала оценки угрозы суицида (Ромек В.), Шкала оценки риска суицида у детей и подростков, Метод незаконченных предложений А. Кучера, Шкала надежды и безнадежности для подростков А. Бека, Экспресс-диагностика уровня самооценки (Фетискин Н.П. и др.).

Во время выездных мероприятий нами обследовано 172 несовершеннолетних в возрасте 8-17 лет, которые находились в близком контакте с суицидентом. Средний возраст составил 13-17 лет. 62 ребёнка обследованных нуждались в необходимой психолого-психотерапевтической помощи в стационарных и амбулаторных условиях.

Выводы. Проведенное исследование в виде выездных мероприятий мобильных бригад позволяет выявить группы риска по суицидальной готовности среди подростков и может быть применена в практике суицидологической помощи населению Республики Башкортостан. Преимуществом, повышающим эффективность помощи лицам после суицидальной попытки, является

возможность широкого охвата суицидентов в рамках неограниченного по времени наблюдения.

ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ, КАК СПОСОБ СНИЖЕНИЯ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бадритдинова М.Н., Язмурадов Ф.А.

Бухарский медицинский институт

Бухара, Республика Узбекистан

Актуальность. Проблема ожирения находится в центре внимания современного здравоохранения. Одним из наиболее распространенных хронических заболеваний современности является ожирение - «эпидемия XXI века». Согласно данным ВОЗ, около 1,7 млрд. человек на нашей планете имеют избыточную массу тела или ожирение. По данным ВОЗ, от заболеваний, связанных с ожирением, в Европе ежегодно умирает 320 тысяч человек. Ожирение приводит к формированию ряда заболеваний, к инвалидизации, преждевременной смертности (195). Результаты проспективных исследований свидетельствуют о том, что у людей, имеющих значения ИМТ в пределах 19–24 кг/м² для женщин и 20–25 кг/м² для мужчин, т.е. нормальные показатели массы тела, наблюдается наибольшая продолжительность жизни.

Цель: Изучить эффективность повышения информирования населения для снижения избыточного веса с целью уменьшения риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы исследований: Репрезентативная выборка из неорганизованного населения в возрасте от 20 до 69 лет в количестве 797 человек (242 мужчин и 555 женщин). Проведен опрос населения при помощи вопросника с целью выявления их информированности об избыточном весе, ожирения и его осложнениях. Избыточная масса тела (ИМТ) рассчитано по формуле: $\text{вес(кг)}/\text{рост(м)}^2, \geq 25$, а уровни индекса Кетли ≥ 30 принимался за ожирение.

Измерение А/Д проводилось дважды на обеих руках, с интервалом не менее 5 минут. Снимали ЭКГ на электрокардиографе «6-НЭК» в покое в 12 общепринятых отведениях.

Результаты: Установлено, что достаточно высоко распространено ИМТ и ожирения, как среди женщин (20,65% и 18,48%), так и среди мужчин (37,34% и 12,03% соответственно).

Среди обследованных пациентов у 42,01% мужчин и у 52,77% женщин было повышенное АД, а у 24,36% мужчин и у 41,20% женщин разные изменения на ЭКГ. Среди всех пациентов с проблемами веса был проведен опрос с целью выявления их знаний об избыточном весе и его осложнениях.

Практически каждая третья женщина с ИМТ (35,96%) и ожирением (30,39%) не информирована о том, что лишний вес повышает сердечно-сосудистый риск. 21,93% женщин с ИМТ и 16,67% с ожирением вообще не считают имеющееся у них повышение массы тела фактором риска ССЗ. Мужчины с ИМТ (34,44%) и ожирением (37,93%) не считают повышенный вес важным фактором риска.

Далее всем мужчинам и женщинам при каждом их посещении, наряду с медикаментозным лечением была проведена психокоррекционная беседа с информированием о рационе питания (большим содержанием овощей и фруктов, меньшим употреблением соли, животного жира и сахара) и соблюдением здорового образа жизни. Спустя 6 месяцев выполнено повторное обследование и получены следующие результаты: у 21 (23,33%) из 90 мужчин с избыточной массой тела и у 11 (37,93%,) мужчин из 29 с ожирением улучшились показатели ИМТ. Из 114 женщин с избыточной массой у 25 (21,92%) и из 102 женщин с ожирением у 19 (18,62%) нормализовались ИМТ, тем самым уменьшив риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Вывод. Таким образом, немедикаментозное лечение (правильное информирование населения), такое как соблюдение здорового образа жизни и рациональное питание являются частью в ведении больных с ИМТ и ожирением приводящий к снижению риска сердечно сосудистых заболеваний.

ЦИННАБАРИНОВАЯ КИСЛОТА В ПЛАЗМЕ КРОВИ – ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ МАРКЁР ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Баймеева Н.В., Шилов Ю.Е.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

Введение. Последние годы растёт интерес к исследованию циннабариновой кислоты (cinnabarinic acid, СА) – очень малоизученного метаболита кинуренинового пути распада незаменимой аминокислоты триптофана. Кинурениновый путь – основная ветвь метаболизма этой аминокислоты в организме человека, которая приводит к формированию ряда биологически активных молекул, обладающих как нейротоксическими, так и нейропротекторными свойствами. Активация кинуренинового пути считается одним из ключевых звеньев патогенеза ряда психических заболеваний, в том числе, шизофрении. Циннабариновая кислота образуется в результате конденсации двух молекул 3-гидроксиантраниловой кислоты (3-hydroxyanthranilic acid, ЗНАА), и её физиологическая функция малоизучена. Известно, что СА является эндогенным лигандом рецептора ароматических углеводородов (aryl hydrocarbon receptor, AhR), а также способна ингибировать ключевой фермент кинуренинового пути – индоламин-2,3-диоксигеназу. Кроме того, СА является ортостерическим агонистом метаботропных глутаматных рецепторов mGlu4, которые вовлечены в патогенез шизофрении, а также рассматриваются как мишени для новых антипсихотических препаратов. Также известно, что СА снижает нейровоспаление, которое зачастую наблюдается в мозге пациентов с шизофренией. Недавно было обнаружено, что СА присутствует в следовых количествах в ткани головного мозга человека. Уровни СА были в значительной степени снижены в префронтальной коре (ПФК) у лиц, страдающих шизофренией. Это снижение не коррелировало с возрастом, полом,

продолжительностью заболевания, а также продолжительностью приёма и типом антипсихотических препаратов и, следовательно, может представлять собой особый признак шизофрении. Интересно, что системное воздействие низкими дозами СА (<1 мг/кг, внутривенно) показало высокую эффективность в нескольких поведенческих тестах для изучения антипсихотической активности препаратов у мышей. При этом СА не проявляла антипсихотической активности у мышей, лишенных рецепторов mGlu4. Эти данные свидетельствуют о том, что СА является потенциальным эндогенным антипсихотиком, а пониженный уровень СА в ПФК может вносить вклад в патофизиологию шизофрении. Исследования на животных показывают, что СА хорошо проникает через гематоэнцефалический барьер и накапливается в тканях мозга. Это говорит о том, что изменение уровня СА в крови может отражать изменение ее уровня в мозге. Поэтому определение концентрации СА в крови здоровых добровольцев, а также пациентов с различными психопатологиями имеет большое фундаментальное и практическое значение. Однако анализ мировой научной литературы показал, что концентрации СА в крови человека до сих пор не были определены.

В связи с этим нами была поставлена задача разработки метода определения СА и её непосредственного предшественника ЗНАА в крови человека и исследование их концентраций у больных шизофренией до и после лечения.

Материалы и методы. Исследование проводили на выборке из 23 пациентов женского пола с приступообразно-прогредиентным типом течения шизофрении (F 20.01), поступивших на стационарное лечение в состоянии обострения в клинику ФГБНУ НЦПЗ. Состояние пациентов было квалифицировано как депрессивно-бредовое. Возраст варьировал от 16 до 56 лет. Медиана возраста [Q1; Q3] составила 30 лет [20; 43]. Для оценки психопатологической симптоматики у больных шизофренией использовалась шкала оценки позитивной и негативной симптоматики PANSS. Суммарный балл PANSS до лечения варьировал от 78 до 116. Медиана суммарного балла PANSS

[Q1; Q3] до лечения составила 90 [86; 100]. Суммарный балл PANSS после лечения варьировал от 54 до 88. Медиана суммарного балла PANSS [Q1; Q3] после лечения составила 70 [61; 74]. Для оценки депрессивных нарушений у пациентов использовалась шкала Гамильтона (HDRS). Суммарный балл HDRS до лечения варьировал от 11 до 30. Медиана суммарного балла HDRS [Q1; Q3] до лечения составила 20 [16;23]. Суммарный балл HDRS после лечения варьировал от 1 до 9. Медиана суммарного балла HDRS [Q1; Q3] после лечения составила 3 [2;5]. Уровень СА и ЗНАА кислоты в плазме крови измеряли с помощью метода tandemной хромато-масс-спектрометрии. Статистический анализ был проведён с использованием программы MedCalc, version 20.027 (Belgium). Для доказательства статистически значимой связи переменных использовали метод ранговой корреляции Спирмена ($P \leq 0,05$). Для сравнения двух зависимых групп (до и после лечения) использовали непараметрический критерий Вилкоксона ($P \leq 0,05$).

Результаты. Нами была разработана методика, позволяющая определять концентрации циннабариновой и 3-гидроксиантраниловой кислот в плазме крови с высокой чувствительностью и селективностью.

В плазме крови пациентов с шизофренией были определены концентрации СА и ЗНАА. Была посчитана сумма концентраций СА и ЗНАА ($[СА] + [ЗНАА]$), которая, по нашему мнению, может отражать состояние этой ветви кинуренинового пути. Концентрация СА варьировала от 3,03 до 38,31 нмоль/л. Медиана концентрации СА [Q1; Q3] составила 11,26 нмоль/л [6,92; 16,77]. Концентрация ЗНАА варьировала от 3,00 до 28,01 нмоль/л. Медиана концентрации ЗНАА [Q1; Q3] составила 14,95 нмоль/л [8,03; 21,48].

Нами была обнаружена обратная статистически значимая корреляция суммы концентраций СА и ЗНАА до лечения с суммарным баллом по шкале PANSS после лечения ($R = -0,50$; $p \leq 0,05$). Также обнаружена обратная корреляция концентрации СА до лечения с суммарным баллом по шкале PANSS после лечения ($R = -0,41$, $p = 0,052$), статистически значимая на уровне

тренда ($0,05 \leq P \leq 0,1$). Статистически значимых отличий уровней СА и ЗНАА, а также их суммы и отношения до и после лечения обнаружено не было.

Обсуждение. Таким образом, разработанная нами методика определения СА и ЗНАА в плазме крови позволила впервые в мировой практике определить концентрации СА в крови человека. В данной работе мы применили эту методику для оценки концентрации СА и ЗНАА у больных шизофренией до и после лечения. Интересным для нас оказался факт наличия обратной корреляции суммы СА и ЗНАА до лечения с суммарным баллом по шкале PANSS после лечения. Полученный результат хорошо согласуется с данными об антипсихотической активности СА. Разработанная методика открывает возможности для исследования уровней СА у здоровых добровольцев, а также при различных психопатологиях. Полученные связи с клиническими данными показывают потенциальную прогностическую значимость определения уровней СА и ЗНАА в плазме крови и повышают актуальность дальнейших исследований.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

**Балакирева Е.Е., Иванов М.В., Калинина М.А., Козловская Г.В.,
Симашкова Н.В.**

*Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный
центр психического здоровья»*

Москва

В России планомерно формируется национальная политика в области психического здоровья детей и подростков. Минздравом России отмечается важность проведения исследований по разработке мер, направленных на снижение числа инвалидов, вследствие психических заболеваний, путем

предотвращения развития психических расстройств и нарушений развития, начиная с детского возраста.

С целью разработки и апробации системы раннего выявления психических расстройств и нарушений психического развития в детском возрасте Минздравом России с 2015г. проводился пилотный проект по выявлению риска возникновения расстройств аутистического спектра (РАС), а с 2017г. скрининг был расширен и направлен на выявление риска возникновения нарушений психического развития (НПР) разного генеза. Пилотный проект представлял из себя сплошной эпидемиологический скрининг детской популяции в возрасте от 1,5 до 3 лет включительно.

В результате проведения пилотного проекта были получены уникальные эпидемиологические данные – распространенность риска НПР, распространенность психических расстройств и расстройств поведения, в том числе определен показатель распространенности РАС у детей раннего возраста.

Пилотный проект признан успешным, а технологию скрининга риска НПР в 2019г. была внедрена в систему профилактических медосмотров (диспансеризацию) детей двух лет жизни в рамках педиатрического осмотра в учреждениях первичного звена здравоохранения. В случае выявления риска НПР родителям ребенка рекомендуется пройти профилактическую консультацию у детского врача-психиатра.

Выявление детей группы риска с превентивных позиций позволяет оказывать, при необходимости раннюю специализированную помощь пациенту с целью абилитации возможных отклонений на доклиническом (донозологическом) уровне, предшествующем развитию болезни. Именно в раннем детском возрасте конституциональные и другие особенности состояния организма определяют повышенную чувствительность к воздействию экзогенных факторов, как повреждающих, так и компенсирующих (управление факторами риска и антириска). Следовательно, данный возрастной период может быть отправной точкой первичной профилактической и абилитационной помощи по предотвращению возникновения психического расстройства, а также

укреплению психического здоровья. В случаях с выявленными нарушениями у детей проводятся мероприятия вторичной профилактической помощи, включающие медекаментозное и немедикаментозное лечение, направленное на коррекцию психического состояния. Работа с детьми раннего возраста должна проводиться мультипрофессиональной группой специалистов – медиками (педиатры, неврологи, психиатры), медицинскими (клиническими) психологами и специалистами образовательной психолого-педагогической сферы.

Разработанный в Научном центре психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ, Москва) скрининговый клинико-психологический инструмент (анкета) рекомендуется в качестве скринингового инструмента раннего выявления риска нарушений психического развития у детей раннего возраста. Данный инструмент отличается чувствительностью к выявлению ранних проявлений нарушений психического развития у детей первых лет жизни и является методом первичного экспресс-отбора (скрининга) детей группы состояния риска, основанном на научно-практическом опыте отечественной детской психиатрии и психологии. При внедрении в широкую практику системы здравоохранения данный метод не требует подготовки специалистов, а перечень вопросов сформулирован в доступной для родителей форме.

Проведение скрининга детей раннего возраста общей популяции является перспективным направлением превентивной психиатрии, позволяющим выявлять форпост-симптомы психической патологии и создавать возможность уже на ранних этапах выявлять детей группы риска и разрабатывать оптимальные алгоритмы мероприятий специализированной помощи, как психогигиенической, психопрофилактической, так и лечебно-коррекционной. Предпринимаемые меры позволят своевременно предотвратить развитие заболевания или затормозить утяжеление психического состояния у ребенка.

Многолетний опыт психиатрической работы в этой области позволяет нам сформулировать пять основных принципов психиатрической помощи детям раннего возраста.

Первый – ориентация на работу со всей семьей ребенка, включающую психологическое обследование состояния детско-родительских отношений (диады «мать-дитя» и триады «мать-дитя-отец»), с последующим определением плана психотерапевтической и психокоррекционной работы с участием всех членов семьи.

Второй – работа психиатра в единстве с неврологом, поскольку ранняя психопатология проявляется в неразрывной связи психических и неврологических проявлений. Существует неврологическая основа, на базе которой развиваются психические нарушения – вегетативные дисфункции, нелокализованные (мягкие) нестатические неврологические стигмы, как предикторы возможных психических расстройств. Рудиментарные резидуально церебрально-органические и психопатологические нарушениями, в сочетании с эмоциональными, психомоторными, инстинктивными и другими нарушениями представляют собой единую психоневрологическую общность.

Третий – превентивная направленность ранней помощи, как одна из основных её задач. Реальность ранней профилактической интервенции обуславливается выявлением отклонений психического развития на донозологическом уровне (на уровне состояний риска или диатеза) или на начальных этапах патологии. Последнее позволяет своевременно начать превенцию (психопрофилактику), в том числе, как наиболее эффективную в детстве – первичную.

Четвертый – раннее начало абилитационных и реабилитационных (коррекционных) воздействий с помощью психологических, педагогических (дефектологических и логопедических) методических подходов.

Пятый – правила целесообразные для ранних лечебно-профилактических мероприятий для детей первых лет жизни с психическими нарушениями: – проведение общеукрепляющего лечения и гармонизация быта ребенка (витаминотерапия, нормализация питания, сна, досуга, общения); – лечебно-оздоровительная программа (физиотерапия, физкультурноспортивные занятия, бассейн); – лечебное (медикаментозное) воздействие.

Перечисленные наиболее важные принципы организации специализированной помощи детям раннего возраста с риском или с психическими нарушениями, могут быть рекомендованы для амбулаторной практики в кабинетах ранней помощи (кабинетах раннего возраста) в условиях работы психоневрологического диспансера, педиатрической поликлиники.

Наиболее важной задачей, требующей решения, является подготовка кадров, а также проведение активной просветительской и психообразовательной работы среди населения, прежде всего среди родителей, а также специалистов первичного звена здравоохранения.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Белова О.С., Соловьев А.Г.

Северный государственный медицинский университет

Архангельск

Психические расстройства занимают важное место среди причин инвалидности у детей и существенно ухудшают качество жизни семей. Раннюю помощь и комплексную коррекцию в раннем возрасте необходимо начинать до установления диагноза, что возможно только путем определения группы детей с повышенным риском возникновения психических нарушений. Факторы риска (ФР) психических расстройств могут быть выявлены в первые годы жизни ребенка, что делает необходимым скрининг нарушений психического развития и организацию профилактической психиатрической помощи уже в раннем возрасте.

Рост психической патологии в раннем возрасте, увеличение числа детей из группы риска (ГР) психических расстройств, изменение структуры психической заболеваемости и более раннее ее начало в детском возрасте привели нас к необходимости обоснования нового междисциплинарного направления – профилактической психиатрии раннего возраста, включающего комплекс

мероприятий, обеспечивающих развитие и воспитание здорового ребёнка, предупреждение заболеваний и инвалидизации детей.

Целью настоящего исследования явилось определение приоритетных направлений развития профилактической психиатрии раннего детского возраста.

Профилактическая психиатрия раннего возраста, возникающая на стыке детской психиатрии, педиатрии и клинической психологии, включает и реализует следующие междисциплинарные направления:

1. Анализ ФР, прогнозирование отклонений в развитии, выделение детей ГР психических расстройств.

2. Диспансеризация, раннее выявление и диагностика отклонений в развитии у детей раннего возраста, разработка и внедрение инновационных диагностических методов.

3. Динамическое наблюдение выявленных детей из ГР и оказание помощи междисциплинарной командой специалистов.

4. Сопровождение семей, воспитывающих детей раннего возраста из ГР или имеющих психические нарушения: повышение эффективности медицинского и психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих ребенка с отклонениями в развитии, социальная поддержка и повышение мотивации семей по активному включению в совместную работу со специалистами.

5. Подготовка и обучение специалистов для работы с семьями: педиатров, детских неврологов и психологов, специалистов по социальной работе и разработки программ повышения квалификации по профилактической психиатрии раннего детского возраста с обязательным учетом региональных особенностей структуры психической патологии детского возраста.

На базе Северного государственного медицинского университета (г.Архангельск) нами систематизированы направления методической работы и реализуется междисциплинарная подготовка специалистов (педиатров, психиатров, клинических психологов, специалистов по социальной работе) к оказанию помощи детям ГР психических нарушений в условиях Европейского

Севера. Программа повышения квалификации специалистов, участвующих в комплексных программах укрепления здоровья, профилактики, лечения, абилитации и восстановления здоровья детей, состоит из нескольких важнейших модулей: раннего выявления детей ГР психических расстройств и внедрения инновационных диагностических методов; повышения эффективности медицинского и психолого-педагогического сопровождения детей раннего возраста на основе принципов коррекционной работы с ребенком, с акцентом на психосоциальную поддержку и повышение мотивации семей по активному включению в совместную работу со специалистами.

Профилактическая психиатрия раннего возраста представляет собой перспективное междисциплинарное направление для системной профилактики детской заболеваемости и инвалидности вследствие психических расстройств; позволяет наиболее полно охватить и систематизировать имеющиеся многочисленные подходы к оказанию помощи детям раннего возраста различными специалистами медицинского и немедицинского профилей и способствует решению приоритетных задач в сфере охраны психического здоровья детей.

**ПЕРЕНЕСЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19 КАК ФАКТОР РИСКА
УХУДШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У ЛЮДЕЙ, РАНЕЕ
ПОЛУЧАВШИХ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ**

Бойко О.М., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н., Медведева Т.И.

*Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный
центр психического здоровья»*

Москва

Пандемия COVID-19 существенно отрицательно сказалась на условиях жизни людей с психическими заболеваниями, в разы увеличив уровень неопределенности и стресса, внося резкие изменения в привычную повседневную жизнь, снизив доступность медицинской помощи, привнеся

витальные угрозы. Все оказало выраженное негативное влияние на людей, с ранее диагностированными психическими заболеваниями, увеличив уровни тревоги, депрессии, интенсивность суицидальных мыслей, снизив приверженность лечению, подтверждения чего появились как в самом начале пандемии, так и в ее процессе.

При этом отдельное негативное влияние на психическое здоровье выявилось у перенесенной инфекции SARS-CoV-2, причем как на состояние людей, ранее не обращавшихся к психиатру, так и на психический статус людей с ранее диагностированными психическими заболеваниями. Так, когортное исследование с использованием данных 69 миллионов человек, у 62 354 из которых был диагноз COVID-19 показало высокую вероятность дебюта и обострения тревожных расстройств, нарушений сна и деменций. Частота любого психиатрического диагноза в период от 14 до 90 дней после постановки диагноза COVID-19 составила 18,1%, в том числе 5,8% квалифицированы впервые. Кросскультурное исследование, проведенное в Австрии и Италии среди людей без госпитализации переболевших COVID-19, продемонстрировало связь предыдущего психиатрического диагноза с выраженными нарушениями психического здоровья во время выздоровления после COVID-19. Также изучается вопрос о повышении риска эскалации психического заболевания вследствие перенесенной инфекции. Помимо метаанализов, опирающихся на обобщенные показатели, уже появляются статьи работы с анализами индивидуальных случаев, так опубликована статья о трех пациентах с БАП, у которых развился рецидив во время инфекции COVID-19.

Возможные механизмы психических нарушений после перенесенного заболевания COVID-19 в настоящее время являются предметом дискуссии. Так, Postolache T.T., Venros M.E., Brenner L.A. говорят о двунаправленной связи между симптомами COVID-19 и симптомами депрессии, тревоги и психосоциального стресса. Предполагая, что эта связь может быть опосредована несколькими. С одной стороны, показано, что конкретные острые симптомы заболевания COVID-19 можно считать «красными флажками» ухудшения

психического здоровья. Затяжное системное воспаление является важным патогенетическим фактором депрессивно-тревожных расстройств в период реконвалесценции COVID-19. Одновременно с этим, высказывается предположение о стрессе, как ключевом сопутствующем факторе плохого психического здоровья, который модулирует иммунитет против SARS-CoV-2, что приводит к более тяжелой форме COVID-19, и делает постоянным системное слабовыраженное воспаление. Другие возможные механизмы включают прямую вирусную инфекцию центральной нервной системы, нейровоспаление, тромбоз микрососудов и нейродегенерацию. Выявленная связь острых нейрокогнитивных проявлений с плохой оценкой психического здоровья позволяет предположить, что биологические процессы, запускаемые, по всей видимости, патогеном и иммунитетом против SARS-CoV-2 на ранних стадиях заболевания, могут способствовать ухудшению психического здоровья.

В некоторых исследованиях подчеркивается близкая картина когнитивного дефицита при депрессии и после перенесенного коронавируса. Авторы подчеркивают, что взаимосвязь между депрессивной психопатологией, наличием маркеров воспаления и когнитивным функционированием ранее исследовалась у пациентов, страдающих большим депрессивным расстройством, показывая, что депрессия связана с более высокими уровнями воспалительных маркеров, а когнитивные нарушения также связаны с воспалением. Профиль нейрокогнитивного дефицита, наблюдаемый при большом депрессивном расстройстве, очень похож на профиль, наблюдаемый у выздоровевших после COVID-19. Он сохраняется с течением времени, а также после ремиссии острых депрессивных эпизодов, оказывает пагубное влияние на качество жизни и инвалидизируя пациентов.

Таким образом, перенесенная инфекция COVID-19 оказывает заметное негативное влияние на психическое состояние людей с ранее диагностированными психическими расстройствами, приводя к усилению имеющейся и появлению новой симптоматики, срывам в терапии. К возможным физиологическим механизмам психических нарушений после перенесенного

COVID-19 относят широкий круг от затяжного системного воспаления различной интенсивности до микротромбоза сосудов и нейродегенеративных процессов.

**ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ
СОСТОЯНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ
СИНТЕТИЧЕСКИМИ КАННАБИНОИДАМИ, КОМОРБИДНЫХ С
ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Бохан Н.А., Московцева О.Р., Селиванов Г.Ю., Серазетдинова Л.Г.,
Ясюкевич Н.Ю.**

*НИИ психического здоровья Томский НИМЦ; СПб ГБУЗ «ПНД №5»; СПбУ
ГПС МЧС России
Томск, Санкт-Петербург*

Психофармакологические схемы, используемые специализированными выездными психиатрическими бригадами скорой медицинской помощи, при купировании психотических состояний, вызванных синтетическими каннабиноидами «на месте», уходят из поля зрения практических врачей психиатров стационарной, амбулаторной служб, как и сведения о больных, к которым применялся эти методы. На сегодняшний день представляется актуальным освещение этой малоизученной в зарубежной и отечественной литературе проблемы.

Цель исследования: изучение психофармакологических тактик лечения острых состояний при психических расстройствах коморбидных с злоупотреблением синтетическими каннабиноидами. Материалы: Исследование выполнено на базе ФГБУ «СибФНКЦ ФМБА России» (Северск), НИИ ПЗ Томского НИМЦ РАН (Томск), ОГАУЗ «ТКПБ» (Томск), ОГАУЗ «ССМП» (Томск), БУ ХМАО – Югры «НПНБ» (Нижневартовск) за период с 2013 по ноябрь 2021 год и с конца 2021 по начало 2022 года в СПб ГБУЗ «ПНД №5» (Санкт-Петербург), Россия. Обследовано 247 мужчин (возраст 31,2±0,45 года),

злоупотребляющих синтетическими каннабиноидами из них с диагнозами: F60.xx-F62.xx – 127, F20.xx – 120. Методы исследования: катamnестический, клинико-психопатологический, психометрический (CGI), статистический (R version 3.2.4; SPSS Statistics Base 22.0).

Результаты и заключение: Выявлено, что наибольшей эффективностью при купировании острых состояний, ассоциированных со злоупотреблением синтетическими каннабиноидами, показали психофармакотерапевтические методы, включающие в себя комбинации конвенциональных (типичных) инъекционных форм нейролептиков, обладающих выраженным антипсихотическим и седирующим эффектами, умеренную эффективность показала комбинация нейролептика и транквилизатора. Использование в лечении острых состояний комбинации антипсихотиков наиболее эффективно, так как вызывает быструю редукцию симптомов, снижает риски: повторного возникновения острого психотического состояния в течение недели, инициации и раннего развития шизофренического процесса, регоспитализаций, развития госпитализма.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИННОВАЦИОННОГО МЕТОДА
ТРОМБОДИНАМИКИ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ
СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННЫМИ
ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Брусов О.С., Карпова Н.С., Олейчик И.В., Сизов С.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

Известно, что у больных эндогенными психическими расстройствами наблюдается развитие нейровоспаления (НВ) и, как следствие, формируется системное воспаление, значительно утяжеляющее состояние больных, что позволило сформулировать нейровоспалительную гипотезу шизофрении. НВ

неотрывно связано с нарушениями функционирования системы гемостаза – биологической системы, обеспечивающей как жидкостное состояние крови, так и тромбообразование при повреждении стенок сосудов. При хроническом НВ наблюдается нарушение проницаемости гематоэнцефалического барьера и, как следствие, патологическая активация тромбоцитов, что приводит к генерации прокоагулянтных тромбоцитарных микрочастиц, которые способны проникать в ткани мозга. При этом может повышаться риск тромботических событий в церебральных капиллярах мозга.

Эндогенные психические расстройства – это широкий спектр заболеваний, включающий биполярные аффективные расстройства, расстройства шизофренического спектра и др. По данным ВОЗ в мире насчитывается 45 млн больных биполярными аффективными расстройствами и 20 млн больных шизофренией. В последние десятилетия сообщается о неуклонном росте расстройств аутистического спектра (РАС) во всем мире. К настоящему времени, по оценкам ВОЗ, 1 ребенок из 160 детей в мире страдает РАС. Большая распространённость эндогенных психических расстройств, а также инвалидизация пациентов делает актуальным исследование молекулярных механизмов когнитивных нарушений.

Цель работы – используя инновационный тест тромбодинамики, оценить особенности состояния гемостаза у больных с разными эндогенными психическими расстройствами.

Задачи исследования: Используя тест тромбодинамики (ТД), оценить особенности состояния гемостаза у больных эндогенными психическими расстройствами в разных возрастных группах;

Исследовать влияние психофармакотерапии на состояние гемостаза у больных в возрасте от 17 до 64 лет;

Исследовать влияние сочетанной терапии антидепрессантами и антипсихотиками на показатели теста ТД у обследованных больных.

В исследование были включены:

185 пациенток в возрасте от 17 до 64 лет (медианный возраст – 25 лет) с диагнозами: шизофрения с приступообразным / приступообразно-прогредиентным / непрерывным типом течения (F20.0 0-2), аффективное заболевание (F31.1-5; F32.0-3; F33.0-3), шизотипическое расстройство с аффективными колебаниями (F21.3-4);

82 пациента в возрасте от 3 до 16 лет (медианный возраст – 8 лет) с диагнозами: РАС (F84.02) и детской формой шизофрении (F20.8xx3).

Критерии невключения: органические заболевания ЦНС; соматические заболевания в стадии обострения; злоупотребление психоактивными веществами в анамнезе.

Все пациенты поступили на стационарное или амбулаторное лечение в клинику ФГБНУ НЦПЗ. Для проведения теста ТД производили забор крови у обследованных пациентов. Были использованы вакутейнеры типа «Vacuette» (Австрия), содержащие 3,2% раствор цитрата натрия. Соотношение объемов антикоагулянта и крови 1:9. Свежую кровь центрифугировали 15 мин. при 1 600 g. Отбирали плазму, обедненную тромбоцитами, и центрифугировали 5 мин. при 10 000 g для полного освобождения от тромбоцитов. Полученную плазму использовали для проведения теста ТД на анализаторе «Регистратор Тромбодинамики Т-2» (ООО Гемакор, Москва, Россия). Тест ТД предназначен для исследования *in vitro* пространственно-временной динамики роста тромба, инициированного локализованным активатором свертывания в условиях, близких к условиям свертывания крови *in vivo*. Процесс возникновения и роста фибринового сгустка регистрируется цифровой видеокамерой в рассеянном свете. Программное обеспечение регистратора тромбодинамики на основе зафиксированных изображений рассчитывает следующие численные параметры пространственно-временной динамики роста фибринового сгустка, растущего от активатора, и спонтанных сгустков:

Тlag (мин) – время задержки начала формирования сгустка после контакта плазмы с активатором;

T_{sp} (мин) – время начала образования спонтанных сгустков в плазме, не контактирующей со вставкой-активатором;

V (мкм/мин) – скорость роста сгустка;

V_i (мкм/мин) – начальная скорость роста сгустка;

V_{st} (мкм/мин) – стационарная скорость роста сгустка;

CS (мкм) – размер фибринового сгустка через 30 мин после начала теста;

D (усл. ед.) – плотность сгустка.

Результаты и обсуждение. При проведении теста ТД у большинства пациентов всех возрастов появляются обширные зоны со спонтанными сгустками во всем объеме кюветы (так называемая гиперкоагуляция со спонтанными сгустками).

Корреляционный анализ возраста больных и значений параметров ТД установил наличие слабых статистически значимых и значимых на уровне тренда корреляций между возрастом и некоторыми параметрами ТД.

Пациентки были разделены на две группы:

Группа 1 – 121 пациентка в возрасте от 17 до 29 лет, (медианный возраст – 21 год);

Группа 2 – 64 пациентки в возрасте от 30 до 64 лет (медианный возраст – 37,5 лет).

Для оценки различий значений параметров ТД больных исследуемых групп было проведено сравнение критерием Стьюдента для независимых групп, для параметров, имеющих нормальное распределение в обеих группах, и критерием Манна-Уитни для независимых групп, для параметров, не подчиняющихся нормальному распределению хотя бы в одной из групп. Выявлено статистически значимое и значимое на уровне тренда различие групп по всем параметрам кроме T_{lag} и T_{sp} . Следует отметить, что в группе 2 значения параметров ТД сильнее сдвинуты в сторону гиперкоагуляции чем в группе 1.

Анализ данных показал, что после проведения психофармакотерапии наблюдается статистически значимое снижение свертывающей активности

плазмы крови больных, что может быть связано с противовоспалительным действием некоторых антипсихотиков.

Было исследовано влияние антидепрессантов на функционирование системы гемостаза у больных с расстройствами шизофренического спектра. В группе пациенток, не принимавших антидепрессанты, статистически значимо изменился только параметр D. В группе пациенток, принимавших антидепрессанты, статистически значимо и высоко статистически значимо изменились в сторону нормы значения четырех параметров: V, Vi, CS и Tsp.

Можно предположить, что комбинированное лечение антидепрессантами и антипсихотиками больных расстройствами шизофренического спектра приводит к аугментации клинической эффективности лечения, сопровождающейся статистически значимым смещением в сторону нормы основных тромбодинамических показателей коагуляции.

Выводы. С помощью теста ТД впервые было показано наличие повышенной свертываемости крови у больных эндогенными психическими заболеваниями в состоянии обострения, сопровождающееся генерацией спонтанных сгустков (так называемая гиперкоагуляция со спонтанными сгустками). Появление гиперкоагуляции может быть связано с развитием НВ и последующим системным воспалением. При этом появляется риск развития тромботических событий, в том числе микротромбов в мелких сосудах мозга. При этом возможно формирование очагов локальной ишемии, приводящих к появлению когнитивных расстройств.

Тест ТД выявляет наличие гиперкоагуляции на ранней стадии развития болезни. Гиперкоагуляция у больных может также обострять течение хронических воспалительных расстройств.

Было показано, что чем старше больные, тем более ярко выражено смещение функционирования системы гемостаза в сторону гиперкоагуляции. Это может быть следствием развития атеросклероза и других хронических соматических заболеваний, которые сопровождаются развитием системного стерильного воспаления. Тест ТД может быть использован для разработки

комплексной персонализированной психофармакологической и антиагрегантной терапии с учетом возрастных различий параметров ТД.

Было показано, что при проведении психофармакотерапии наблюдается сдвиг значений параметров ТД в сторону нормы, что может быть связано с противовоспалительным действием антипсихотиков и антидепрессантов. Это имеет большое практическое значение, поскольку имеющаяся у больных гиперкоагуляция со спонтанными сгустками обостряет у них течение хронических воспалительных расстройств.

ИЗУЧЕНИЕ МЕХАНИЗМА ФОРМИРОВАНИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Гамова А.В., Григорьева И.В.

РНПЦ психического здоровья

Минск, Республика Беларусь

Ключевые слова: синдром зависимости от алкоголя, жизненный кризис, лечебно-трудовой профилакторий, психотерапевтический процесс.

Актуальность. Нахождение в условиях пенитенциарной системы лиц с синдромом зависимости от алкоголя (далее – СЗА) сопряжено с вынужденной изоляцией в условиях лечебно-трудового профилактория (далее – ЛТП), переживанием состояния жизненного кризиса (далее – ЖК) вследствие значительного изменения привычного функционирования. Учет проявлений ЖК у зависимых от алкоголя лиц, находящихся в условиях изоляции, позволяет учитывать факторы, которые способствовали проявлению алкогольного и аффективного дистресса, скорректировать психотерапевтический процесс и нивелировать триггерную алкогольную фиксацию.

Цель исследования: изучение факторов дистресса у лиц, с синдромом зависимости от алкоголя, для определения терапевтических мишеней и проведения психотерапии.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие лица с СЗА, находящиеся в ЛТП, возраст от 21 до 60 лет (100 человек) прошедших курс психотерапии, который включал 12 терапевтических модулей. Первый модуль «Принятие жизненного кризиса» включал принятие зависимого поведения, субъективный анализ причин возникновения, развития ЖК и субъективную оценку проявлений кризиса лицами с СЗА.

В качестве диагностического инструмента были использованы опросники, изучающие особенности протекания ЖК у лиц с СЗА, опросник Белорусский Индекс Тяжести Аддикции (Бел-ИТА/В-ASI, версия № 1).

Результаты и обсуждение. Результаты оценки тяжести зависимого расстройства по Бел-ИТА/В-ASI показал: что 60,5% лиц с СЗА имели длительность заболевания более 10 лет; более 90% лиц проходили лечение более четырех раз; у 72,7% лиц превалировало систематическое употребление алкоголя. Полученные данные подтвердили хроническое течение зависимого расстройства и низкую эффективность результатов предыдущего лечения. Понимание, что прием алкоголя приносит значительный вред, отметили лишь 52% лиц. Таким образом у половины лиц имела место анозогнозия. В то же время анализ потребности в помощи показал, что основными областями, вызывающими беспокойство у лиц с СЗА, явились: состояние физического здоровья – у 81,8 %, употребление алкоголя – у 90,8%, психическое здоровье – у 88,6%, семья и взаимоотношения с близкими – у 61,3%, работа и трудоустройство – у 56,7%, что подтверждает наличие амбивалентного отношения к зависимому поведению, значительное влияние заболевания на самые важные жизненные сферы, состояние социальной дезадаптации. Результат анализа данных исследования состояния психического здоровья показал: наличие признаков депрессии отмечены у 77,2% лиц, признаков тревоги – у 97,7%, признаков дисфории – у 84,0%, когнитивных нарушений – у 88,6% лиц. Превалирующее наличие тревожной симптоматики с признаками дисфории и аффективной несдержанности отмечено у более 80,0% лиц. Проявления депрессии отмечались у 77,0% лиц и характеризовались у 22,7% наличием

суицидальных тенденций в анамнезе. Отмеченные когнитивные нарушения характеризовались снижением концентрации внимания и умственной работоспособности, замедлением ассоциативного процесса, снижением познавательных функций и сужением круга интересов, формальностью критики к заболеванию. Это подтвердило существенное снижение когнитивного потенциала и личностной деградации.

При субъективной оценке проявлений ЖК у лиц с СЗА отмечено, что 100,0% зависимых лиц имели наличие разной степени выраженности таких признаков: депрессивных признаков – у 100,0% лиц, тревожных – у 94,0% и когнитивного снижения – у 92,0 % лиц. В депрессивных признаках преобладали: перепады настроения – у 20,2%, желание побыть одному – у 16,1%, бессонница – у 13,7%, бегство от себя в компанию с приемом алкоголя – 12,1%, безнадежность – у 9,0%, апатия, подавленность – у 8,1%, и беспомощность – у 8,1% лиц. В тревожных признаках: преобладали тревожность, беспокойство, страх, гневливость – у 34,3% лиц, раздражительность – у 31,4%, растерянность – у 25,1%, признаки выраженного двигательного возбуждения, напряжения у 9,1% лиц. Выраженность когнитивных признаков: чувство вины – у 21,6%, неуверенность в будущем – у 16,5%, самобичеванием – у 12,0%, навязчивые мыслями – у 10,2%, чувство унижения – у 11,1% ощущение сломленности – у 9,3% и враждебности – у 9,3% лиц. Результаты изучения субъективного представления лиц с СЗА о системных ошибках, приведших к состоянию ЖК, показали: на влияние личных факторов указывали 73,6% лиц, социальных факторов – 17,9% лиц. Из личных факторов преобладали: злоупотребление алкоголем – у 37,7% лиц, самоуверенность, негативизм – у 12,3%, одиночество, уход в себя – у 8,5%, отсутствие цели, неуверенность в себе – у 7,5%, слабая нервная организация, конфликтность, неумение расслабиться, излишняя доверчивость – у 1,9% лиц. В социальных факторах обозначены: безработица – у 6,6% лиц, неудовлетворенность работой – у 5,6%, нахождение в ЛТП, тюремное заключение – у 3,8%, жизненные неудачи – у 1,9% лиц. Однако 8,5%

лиц с СЗА затруднялись определить системные жизненные ошибки, приведшие их к ЖК, отрицая связь между событиями прошлого и пребыванием в ЛТП.

Данные изучения субъективной оценки уровня ЖК показал: 88,0% лиц с СЗА оценивают свой уровень ЖК, как средний. Около 3,0% лиц отрицают наличие у себя ЖК, а 9,0% отмечают лишь низкую степень выраженности ЖК. Такая позиция может свидетельствовать о том, что нынешнее положение нахождения условиях ЛТП (с наличием запрета приема алкоголя, внешним контролем и упорядоченностью рабочего дня) предпочтительнее для них по сравнению с предыдущим положением безработицы и социальной неустроенности.

Следует отметить, что 9,4% лиц считают, что могут справиться с ситуацией ЖК самостоятельно, без задействования дополнительных компетенций и дополнительных ресурсов, что свидетельствует об отсутствии мотивации на получение помощи.

Изучение представлений лиц с СЗА о необходимых им компетенциях для выхода из ситуации ЖК показал, что 90,6% отмечают потребность в обращении к внешним компетенциям и включении дополнительных ресурсов для определения путей выхода из ЖК: в профессиональной помощи нуждаются 44,1% лиц, акцентируют внимание на востребованности личных компетенциях – 23,7%, в семейной поддержке нуждаются 12,8% лиц, социальная помощь требуется 10% лиц с СЗА. Около 10,0% лиц отметили, что их состояние нормализуется при изменении социальных условий: выход из ЛТП – 2,5% лиц, с течением времени – 2%, при обретении финансовой стабильности – 5%, включение в общество АА – 0,5% лиц, что подтверждает наличие пассивной позиции в собственной жизни. В числе востребованности личных компетенциях указали – 23,7% лиц, в качестве необходимых личных компетенций выделены: восстановление или обретение духовных и моральных ценностей – у 7,8% лиц, обретении уравновешенности и внутренней гармонии – у 4,7% %, развитие силы воли – у 7,7%, определение цели в жизни – у 3,5%., что свидетельствует о

принятии личной ответственности в изменении существующей жизненной ситуации.

Проведенный анализ субъективного отношения лиц с СЗА к ситуации ЖК определил терапевтические мишени и направленность психотерапевтических вмешательств:

повышение личностной компетенции: повышение мотивации к изменению ситуации ЖК и выхода из зависимости, когнитивное реструктурирование негативного опыта, переосмысление системы моральных принципов и ценностей, формирование системы постановки и достижения целей, формирование навыков регуляции психоэмоционального напряжения, активация внутренних ресурсов пациента;

повышение социальной компетенции: формирование адаптивных коммуникативных и поведенческих стратегий, информирование о включении ресурсов социальных структур, расширение круга социально-психологических знаний.

Заключение. Изучение состояния жизненного кризиса позволяет выбрать оптимальные психотерапевтические подходы в направлении личностной и социальной компетенции для проведения противорецидивной терапии зависимых от алкоголя лиц, находящихся в условиях пенитенциарной системы.

СОСТОЯНИЕ ЖИЗНЕННОГО КРИЗИСА У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Гамова А.В., Григорьева И.В.

РНПЦ психического здоровья

Минск, Республика Беларусь

Ключевые слова: синдром зависимости от алкоголя, жизненный кризис, лечебно-трудовой профилакторий, психотерапевтический процесс.

Актуальность. Нахождение в условиях пенитенциарной системы лиц с синдромом зависимости от алкоголя (далее – СЗА) сопряжено с вынужденной изоляцией в условиях лечебно-трудового профилактория (далее – ЛТП),

переживанием состояния жизненного кризиса (далее – ЖК) вследствие значительного изменения привычного функционирования. Учет проявлений ЖК у зависимых от алкоголя лиц, находящихся в условиях изоляции, позволяет учитывать факторы, которые способствовали проявлению алкогольного и аффективного дистресса, скорректировать психотерапевтический процесс и нивелировать триггерную алкогольную фиксацию.

Цель исследования: изучение факторов дистресса у лиц, с синдромом зависимости от алкоголя, для определения терапевтических мишеней и проведения психотерапии.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие лица с СЗА, находящиеся в ЛТП, возраст от 21 до 60 лет (100 человек) прошедших курс психотерапии, который включал 12 терапевтических модулей. Первый модуль «Принятие жизненного кризиса» включал принятие зависимого поведения, субъективный анализ причин возникновения, развития ЖК и субъективную оценку проявлений кризиса лицами с СЗА.

В качестве диагностического инструмента были использованы опросники, изучающие особенности протекания ЖК у лиц с СЗА, опросник Белорусский Индекс Тяжести Аддикции (Бел-ИТА/В-ASI, версия № 1).

Результаты и обсуждение. Результаты оценки тяжести зависимого расстройства по Бел-ИТА/В-ASI показал: что 60,5% лиц с СЗА имели длительность заболевания более 10 лет; более 90% лиц проходили лечение более четырех раз; у 72,7% лиц превалировало систематическое употребление алкоголя. Полученные данные подтвердили хроническое течение зависимого расстройства и низкую эффективность результатов предыдущего лечения. Понимание, что прием алкоголя приносит значительный вред, отметили лишь 52% лиц. Таким образом у половины лиц имела место анозогнозия. В то же время анализ потребности в помощи показал, что основными областями, вызывающими беспокойство у лиц с СЗА, явились: состояние физического здоровья – у 81,8 %, употребление алкоголя – у 90,8%, психическое здоровье – у 88,6%, семья и взаимоотношения с близкими – у 61,3%, работа и

трудоустройство – у 56,7%, что подтверждает наличие амбивалентного отношения к зависимому поведению, значительное влияние заболевания на самые важные жизненные сферы, состояние социальной дезадаптации. Результат анализа данных исследования состояния психического здоровья показал: наличие признаков депрессии отмечены у 77,2% лиц, признаков тревоги – у 97,7%, признаков дисфории – у 84,0%, когнитивных нарушений – у 88,6% лиц. Превалирующее наличие тревожной симптоматики с признаками дисфории и аффективной несдержанности отмечено у более 80,0% лиц. Проявления депрессии отмечались у 77,0% лиц и характеризовались у 22,7% наличием суицидальных тенденций в анамнезе. Отмеченные когнитивные нарушения характеризовались снижением концентрации внимания и умственной работоспособности, замедлением ассоциативного процесса, снижением познавательных функций и сужением круга интересов, формальностью критики к заболеванию. Это подтвердило существенное снижение когнитивного потенциала и личностной деградации.

При субъективной оценке проявлений ЖК у лиц с СЗА отмечено, что 100,0% зависимых лиц имели наличие разной степени выраженности таких признаков: депрессивных признаков – у 100,0% лиц, тревожных – у 94,0% и когнитивного снижения – у 92,0 % лиц. В депрессивных признаках преобладали: перепады настроения – у 20,2%, желание побыть одному – у 16,1%, бессонница – у 13,7%, бегство от себя в компанию с приемом алкоголя – 12,1%, безнадежность – у 9,0%, апатия, подавленность – у 8,1%, и беспомощность – у 8,1% лиц. В тревожных признаках: преобладали тревожность, беспокойство, страх, гневливость – у 34,3% лиц, раздражительность – у 31,4%, растерянность – у 25,1%, признаки выраженного двигательного возбуждения, напряжения у 9,1% лиц. Выраженность когнитивных признаков: чувство вины – у 21,6%, неуверенность в будущем – у 16,5%, самобичеванием – у 12,0%, навязчивые мыслями – у 10,2%, чувство унижения – у 11,1% ощущение сломленности – у 9,3% и враждебности – у 9,3% лиц. Результаты изучения субъективного представления лиц с СЗА о системных ошибках, приведших к состоянию ЖК,

показали: на влияние личных факторов указывали 73,6% лиц, социальных факторов – 17,9% лиц. Из личных факторов преобладали: злоупотребление алкоголем – у 37,7% лиц, самоуверенность, негативизм – у 12,3%, одиночество, уход в себя – у 8,5%, отсутствие цели, неуверенность в себе – у 7,5%, слабая нервная организация, конфликтность, неумение расслабиться, излишняя доверчивость – у 1,9% лиц. В социальных факторах обозначены: безработица – у 6,6% лиц, неудовлетворенность работой – у 5,6%, нахождение в ЛТП, тюремное заключение – у 3,8%, жизненные неудачи – у 1,9% лиц. Однако 8,5% лиц с СЗА затруднялись определить системные жизненные ошибки, приведшие их к ЖК, отрицая связь между событиями прошлого и пребыванием в ЛТП.

Данные изучения субъективной оценки уровня ЖК показал: 88,0% лиц с СЗА оценивают свой уровень ЖК, как средний. Около 3,0% лиц отрицают наличие у себя ЖК, а 9,0% отмечают лишь низкую степень выраженности ЖК. Такая позиция может свидетельствовать о том, что нынешнее положение нахождения условиях ЛТП (с наличием запрета приема алкоголя, внешним контролем и упорядоченностью рабочего дня) предпочтительнее для них по сравнению с предыдущим положением безработицы и социальной неустроенности.

Следует отметить, что 9,4% лиц считают, что могут справиться с ситуацией ЖК самостоятельно, без задействования дополнительных компетенций и дополнительных ресурсов, что свидетельствует об отсутствии мотивации на получение помощи.

Изучение представлений лиц с СЗА о необходимых им компетенциях для выхода из ситуации ЖК показал, что 90,6% отмечают потребность в обращении к внешним компетенциям и включении дополнительных ресурсов для определения путей выхода из ЖК: в профессиональной помощи нуждаются 44,1% лиц, акцентируют внимание на востребованности личных компетенциях – 23,7%, в семейной поддержке нуждаются 12,8% лиц, социальная помощь требуется 10% лиц с СЗА. Около 10,0% лиц отметили, что их состояние нормализуется при изменении социальных условий: выход из ЛТП – 2,5% лиц, с

течением времени – 2%, при обретении финансовой стабильности – 5%, включение в общество АА – 0,5% лиц, что подтверждает наличие пассивной позиции в собственной жизни. В числе востребованности личных компетенций указали – 23,7% лиц, в качестве необходимых личных компетенций выделены: восстановление или обретение духовных и моральных ценностей – у 7,8% лиц, обретении уравновешенности и внутренней гармонии – у 4,7% %, развитие силы воли – у 7,7%, определение цели в жизни – у 3,5%., что свидетельствует о принятии личной ответственности в изменении существующей жизненной ситуации.

Проведенный анализ субъективного отношения лиц с СЗА к ситуации ЖК определил терапевтические мишени и направленность психотерапевтических вмешательств:

Повышение личностной компетенции: повышение мотивации к изменению ситуации ЖК и выхода из зависимости, когнитивное реструктурирование негативного опыта, переосмысление системы моральных принципов и ценностей, формирование системы постановки и достижения целей, формирование навыков регуляции психоэмоционального напряжения, активация внутренних ресурсов пациента;

Повышение социальной компетенции: формирование адаптивных коммуникативных и поведенческих стратегий, информирование о включении ресурсов социальных структур, расширение круга социально-психологических знаний.

Заключение. Изучение состояния жизненного кризиса позволяет выбрать оптимальные психотерапевтические подходы в направлении личностной и социальной компетенции для проведения противорецидивной терапии зависимых от алкоголя лиц, находящихся в условиях пенитенциарной системы.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ КОМПЛЕКТ

Герасимова В.В., Карпов А.М.

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО

РМАНПО Минздрава РФ

Казань

По данным ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, у 60% подростков обнаруживаются так называемые «предболезненные психические расстройства» (аддикции, церебрастения – быстрая утомляемость, проблемы с памятью, сосредоточенностью, головные боли). У значительной части выявлена высокая предрасположенность к различным формам девиантного поведения (склонность к саморазрушительному поведению – у 22% девушек и 40% юношей).

Результаты мониторинговых исследований свидетельствуют о том, что за 10 лет общая заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения подростков в возрасте 15-17 лет увеличилась на 11,3 %.

По нашим наблюдениям, современные подростки отличаются от своих сверстников предыдущих поколений повышенной тревожностью, аутоагрессивностью, инфантильностью, слабым развитием самоконтроля и самодисциплины, перманентностью взглядов и убеждений, низкой устойчивостью к всевозможным воздействиям и неумением прогнозировать последствия действий, ригидностью, выученной беспомощностью, завышенными требованиями к другим, потребительской позицией, несформированностью смыслов и человеческих ценностей.

Диапазон социальных условий жизнедеятельности подростков очень широк, от нахождения в трудной жизненной ситуации до проживания в элитных условиях. Кроме того, значительный негативный эффект в социальную компоненту подростков привносит отстраненность родителей от воспитания, либо чрезмерное погружение в него, агрессивность и изоционность форм

информационно-психологических воздействий средств массовой информации и современные инструменты связи.

В свою очередь, родительский контингент очень различается по возрасту, от совсем молодых с 16-ти лет до 40-летних и старше, по уровню образования, воспитания, духовности, материальной обеспеченности и представлениях о семье, ее укладе, традициях, характере взаимоотношений.

Учитывая образовавшиеся особенности контингента, кафедра психотерапии и наркологии Казанской государственной медицинской академии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России наряду с проведением научных исследований в области сбережения и укрепления психического здоровья разных возрастных групп населения, реализует их результаты в практике, в виде доступного и эффективного психотерапевтического инструментария.

Так, с 2015 года была организована работа по разработке психотерапевтического мультимодального инструментального комплекта для подростков и их родителей. В настоящее время он представлен тремя взаимодополняющими техниками, каждая из которых имеет свое название: «Живи», «Открывая мир», «Ценности нашей семьи», а также цели и задачи.

Этот практический продукт разработан на основе БПСДП, с нормативным возрастанием потребностей от биологических через психологические и социальные к духовным, направлен на осознание субъектами своих собственных потребностей и интересов как подход к активизации личностных ресурсов и побуждения к продуктивной деятельности.

Технологии, включенные в комплект, имеют характерные признаки, такие как комплексность, специально организованный процесс взаимодействия субъектов психотерапевтической деятельности и условия, обеспечивающие полноценное развитие, оформлены в виде – календаря. Техники объединяют в себе ресурсные направления психологической практики (арт-терапию, гуманистический и экзистенциальный подход), сочетающий коррекционно-развивающую работу как в ситуации «здесь и сейчас», так и с отсроченным во

времени эффектом личностного развития контингента. Могут применяться как в индивидуальной работе, так и в группе.

Первая технология «Живи» была создана совместно с заслуженным артистом государственного драматического театра им. В.И. Качалова Ильей Александровичем Славутским. Она оформлена в виде тематического календаря «Живи», в котором двенадцать слов – лозунгов, таких как читай, думай, открывай, помогай, защищай, побеждай, трудись, заботься, люби, твори, чувствуй, радуйся, в сочетании с базовым словом живи, являются ключом для подростков в мир самопознания и самопринятия, самоопределения, саморазвития, ресурсности и созидания.

Вторая технология «Открывая мир!», обеспечивает погружение в мир персонажей классики русской и советской литературы, которое позволяет привлечь подростков и их родителей к истинным культурным ценностям, актуализировать значимость самостоятельного просвещения посредством чтения и создать новый тематический календарь для себя и своих близких.

Технология включает: перечень литературных произведений, тематические вопросы и 2 психотехнических задания. В перечень литературных источников подобраны 12 произведений для мальчиков («Детство Никиты» А.Н. Толстой, «Два капитана» В. Каверин, «Дельфийский мыс» А.И. Мошковский, и др.) и 12 для девочек («Алое платье» Г. Гордиенко, «Девочки» Е. Липатова, «Динка» В. Осеева и др.). Выбор именно 12 произведений был обоснован 12 месяцами в году. Месяц как дефиниция, которая соотносится с определенным героем, его личностным опытом и жизненным кредо. Перечень литературы включает 80% произведений авторов советского периода и 20% русской классики. При выборе произведений мы руководствовались тем, чтобы возраст литературных героев был практически идентичен возрасту подростков. Это было сделано в целях минимизации возрастного (смыслового) барьера между личностью подростка и личностью литературного героя. Кроме того, приведенные из русской классики литературные герои юношеского возраста были даны в целях ориентиров на следующей возрастной этап.

После прочтения подростку(ам) предлагается ответить и обсудить следующие вопросы: Какие потребности приоритетны: биологические, социальные или духовные? Чем для меня примечателен герой (героиня) этого произведения? Какой он (она) (опишите, как Вы его (ее) представляете)? Какими чертами характера обладает? Каково жизненное кредо героя (героини)? Чем знакомство с ним (ней) для меня полезно? Какие из его (ее) черт характера мне важно развивать у себя и почему? Если бы я спросил об этом у моего героя (героини), что бы он(а) мне посоветовал(а)? Как я это буду делать и для чего?

После обсуждения предлагается нарисовать образ своего героя и на рисунке прописать его жизненное кредо. В качестве домашнего задания подросток пишет письмо своему герою.

Применение технологии «Открывая мир» призвано раскрыть целостное восприятие подростками направленности своей личности: особенности характера, убеждения, идеалы, а также соотнести их с представлениями родителей.

Апробация технологий «Живи» и «Открывая мир» проходила во взаимодействии с Министерством образования и науки Республики Татарстан. В ней приняли участие 142 подростка.

Технология «Ценности нашей семьи» является кульминационной в комплексе. Активно и экологично объединяющей ресурсы членов семьи в выздоровлении и оздоровлении. На первом ее этапе родителям и их детям предлагается определить ценности и их смысловое наполнение. Формулирование ценностей осуществляется индивидуально. Далее происходит представление своих ценностей каждым членом семьи, а затем обсуждение ценностей и согласованный выбор 12 позиций (12 месяцев). На втором этапе предлагается визуализация образа ценностей семьи, создание рисунка (фотографии) каждой ценности индивидуально. Далее представление визуального контента ценностей каждым членом семьи, обсуждение визуального ряда ценностей, согласованный выбор 12 их изображений и оформление календаря. На третьем этапе технологического шага происходит

подготовка совместной презентации и ее проведение (запись на камеру), которая завершается обратной связью по его созданию и рекомендациями по продуктивному использованию совместно продукта. В его апробации приняло участие 19 семей.

Комплект был презентован в феврале 2022 года на открытом межрегиональном онлайн-семинаре «XVI Зимняя школа «Перекресток» – «Современные семьи: тенденции, трудности, пути помощи». Он вызвал интерес у психологического и психотерапевтического сообщества. Подтвердилась гипотеза о перспективности использования био-психо-социо-духовной парадигмы для формирования гармоничных личностей.

ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИИ VNTR ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА МЕТИЛТРАНСФЕРАЗЫ МЫШЬЯКА (III) С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Голимбет В.Е., Коровайцева Г.И., Олейчик И.В.

ФГБНУ НЦПЗ

Москва

Шизофрения является многофакторным заболеванием, причем генетический фактор играет значительную роль в развитии этого тяжелого психического расстройства. Выявлено множество геномных локусов, связанных с риском шизофрении в мировых популяциях. Показано, что большинство вариантов риска, зарегистрированных в этих локусах, расположено в некодирующих областях генома, обогащенных регуляторными элементами. Полиморфизм вариабельного числа tandemных повторов (VNTR-полиморфизм) в 1 экзоне гена AS3MT, кодирующего метилтрансферазу мышьяка (III), является важным функциональным элементом, влияющим на активность промотора гена. Этот VNTR-полиморфизм характерен только для генома человека и ассоциирован с экспрессией специфичной для человека изоформы белка AS3MTd2d3, являющейся потенциальным фактором риска развития

шизофрении. Цель нашей работы состояла в изучении ассоциации полиморфизма VNTR гена AS3MT с риском развития шизофрении и его влияния на клинические особенности заболевания. Генотипы были определены для 1000 пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (492 женщины, средний возраст $34,5 \pm 11,6$ лет и 509 мужчин, средний возраст $27,2 \pm 9,6$ лет). Средний возраст начала инициальных проявлений заболевания у женщин и мужчин составлял $20,6 \pm 9,7$ и $18,1 \pm 5,9$ лет соответственно. Средний возраст на момент постановки диагноза был $25,4 \pm 10,1$ у женщин и $20,4 \pm 6,2$ у мужчин. Группу контроля, которая была сопоставима по полу и возрасту с группой пациентов, составили 1510 психически здоровых человек без наследственной отягощенности психическими заболеваниями (761 женщина, средний возраст $29,9 \pm 11,9$ лет; 749 мужчин, средний возраст $28,3 \pm 10,6$ лет). Более 95% в каждой группе являлись этническими русскими. Анализ распределения частот аллелей и генотипов VNTR выявил достоверное увеличение частоты генотипа V3/V3 у больных шизофренией по сравнению с контрольной группой ($\chi^2=10,07$, $p=0,0015$). Для того чтобы выяснить, связано ли это различие с полом, мы проанализировали распределение частот генотипов в группах мужчин и женщин. Обнаружено значимое увеличение частоты генотипа V3/V3 у женщин, больных шизофренией по сравнению с женщинами из контрольной группы ($\chi^2=8,03$, $p=0,0046$, ОШ=1,4 (ДИ:1,11-1,77)). Частоты аллелей и генотипов у мужчин в группах достоверно не отличались. Значение показателя отношение шансов (ОШ) указывает на то, что наличие генотипа V3/V3 повышает риск развития шизофрении у женщин. Полученные нами результаты согласуются с результатами исследования других авторов, которые продемонстрировали потенциальное регулирующее влияние VNTR AS3MT на риск развития шизофрении и роль аллеля V3.

Чтобы проверить, влияет ли генотип риска на некоторые характеристики заболевания, мы сравнивали две группы больных: с аффективными симптомами и без них, а также изучали возраст начала инициальных проявлений заболевания, не достигающих уровня клинической значимости, и возраст на момент

постановки диагноза у носителей различных генотипов. Проведенный молекулярно-генетический анализ не выявил ассоциации VNTR генотипа AS3MT с особенностями течения заболевания, в том числе и при учете пола.

Таким образом, в настоящей работе нами была показана ассоциация VNTR-полиморфизма с риском развития шизофрении. Мы обнаружили, что женщины, носители генотипа V3/V3, имеют повышенный риск развития заболевания. Однако на клинические особенности шизофрении VNTR-полиморфизм гена AS3MT влияние не оказывает.

СОДЕРЖАНИЕ И РОЛЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ХЕМОКИНОВ ПРИ МАНИФЕСТАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ

Голыгина С.Е., Прохоров А.С., Сахаров А.В.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»

Минздрава России

Чита

Нейровоспаление считается одним из ключевых патогенетических механизмов развития шизофрении, хотя четкие представления в данной гипотезе не являются полностью сформированными. Родственное цитокинам семейство хемокинов длительное время оставалось вне поля зрения исследователей. В последнее десятилетие им стали отводить значительную роль в патогенезе психических расстройств, в том числе и шизофрении.

Хемокины играют широкий спектр разнообразных ролей в ЦНС, участвуя в регуляции процессов нейровоспаления и пластичности нейронов, пролиферации и дифференцировки их предшественников, а также выполняют нейроэндокринные и нейромодулирующие функции.

Анализ научной литературы показал, что в проведенных ранее исследованиях хемокины изучались преимущественно у пациентов с длительным течением шизофрении, публикации по данному вопросу у больных с первым психотическим эпизодом единичны и не систематизированы.

Цель исследования: изучение содержания некоторых провоспалительных хемокинов в плазме крови у больных с первым эпизодом параноидной шизофрении.

Материал и методы. Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской Декларации ВМА и одобрена этическим комитетом ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России. От всех обследованных получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании. На базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница имени В.Х. Кандинского» было обследовано 18 пациентов с диагнозом «шизофрения параноидная, период наблюдения менее года» (МКБ-10: F 20.09). Забор крови осуществляли до начала терапии. Контрольную группу составили 35 психически и соматически здоровых людей. Лабораторная часть исследования осуществлялась в лаборатории клинической и экспериментальной биохимии и иммунологии НИИ молекулярной медицины ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России. Определение содержания 13 хемокинов проводили в сыворотке крови методом проточной флюориметрии на проточном цитометре «CytoFLEX» с использованием тест-системы «Human Proinflammatori Chemokine Panel 1» (13-plex) (BioLegend, США) в соответствии с инструкцией фирмы-производителя. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel 2016 и пакета «Statistica-12». Для сравнения двух независимых выборочных совокупностей применялся непараметрический U-критерий Манна-Уитни.

Результаты. Содержание CCL4 (MIP-1 β) у пациентов до лечения было в 1,1 раза выше, чем у представителей группы контроля ($p \leq 0,02$). CCL4 или макрофагальный воспалительный белок-1 β является хемоаттрактантом для естественных клеток-киллеров, моноцитов и множества других иммунных клеток. Его роль связывают с поддержанием хронического воспаления. CCL11 (Eotaxin) – эозинофильный хемотаксический белок – был повышен у больных в 1,5 раза ($p \leq 0,04$). Он напрямую связан с нейрогенезом и нейродегенерацией, так

как способен влиять на нейрональные клетки и микроглию. CCL11 стимулирует миграцию и активацию микроглии с последующей продукцией активных форм кислорода, потенцируя глутамат-индуцированную гибель нейронов. Уровень CCL20 (MIP-3 α) – макрофагального белка воспаления 3 – превысил показатели группы контроля в 2,1 раза ($p \leq 0,02$). Данный белок выполняет функцию межклеточного мессенджера, регулирующего миграцию и активацию лейкоцитов, в том числе моноцитов/макрофагов, в очаг воспаления, которые осуществляют воспалительные реакции под влиянием провоспалительных цитокинов. Он экспрессируется в сосудистом сплетении и субарахноидальном пространстве, легко проходя через гематоэнцефалический барьер. CXCL1 (GRO- α) – связанный с ростом онкоген α , CXCL5 (ENA-78) – пептид, активирующий нейтрофилы эпителиального происхождения, являются мощными хемоаттрактантами нейтрофилов за счет взаимодействия с CXCR2-рецептором. Сверхэкспрессия CXCR2-рецептора астроцитами усиливает миграцию и накопление нейтрофилов в ЦНС, запуская тем самым процессы нейровоспаления. В нашей работе содержание в плазме крови больных острой шизофренией CXCL1 было повышенным в 1,6 раза, CXCL5 – в 1,5 раза ($p \leq 0,02$) относительно контрольных значений. Самое существенное отличие между группами получено для показателей CXCL8 (IL-8). Так, содержание IL-8 превышало контрольные значения в 21,0 раз ($p = 0,0000$). CXCL8 – один из основных провоспалительных хемокинов, который индуцирует хемотаксис гранулоцитов, моноцитов/макрофагов и лимфоцитов в очаг воспаления. Он способен активировать нейтрофилы, стимулируя их дегрануляцию, усиливает выработку провоспалительных цитокинов мононуклеарными клетками. Установлено, что CXCL8 (IL-8) в высоких концентрациях неблагоприятно влияет на функции микроциркуляторного русла, способствует окислительному повреждению эндотелия. Хемокин CXCL9 (MIG) – монокин, индуцируемый гамма-интерфероном (IFN- γ) – был повышен в 1,4 раза ($p \leq 0,002$) по сравнению с контрольной группой. Данные литературы указывают на значительную роль CXCL9 и его рецептора CXCR3 в ЦНС, так как он экспрессируется на астроцитах

и эндотелиальных клетках микрососудов головного мозга человека. Предполагается, что CXCL9 может быть вовлечен в нейрон-глиальное взаимодействие. Содержание CXCL10 (IP-10) – интерферон-гамма индуцированного белка 10 – в крови пациентов с первым эпизодом параноидной шизофрении превышало значения в группе сравнения в 1,5 раза ($p \leq 0,05$). Повышенный уровень CXCL10 усиливает проницаемость гематоэнцефалического барьера, запускает эксайтотоксичность, участвует в рекрутировании микроглии, реализуя нейровоспаление и нейродеструкцию.

CCL2 (MCP-1) и CCL17 (TARC) имели тенденцию к повышению у больных с манифестацией шизофрении. Для CCL3 (MIP-1 α), CCL5 (RANTES) и CXCL11 (I-TAC) не получено значимых отличий с контрольной группой.

Заключение. Полученные результаты демонстрируют существенный рост содержания многих провоспалительных хемокинов в плазме крови у пациентов с первым эпизодом шизофрении до назначения терапии, что подтверждает весомую роль процессов нейроиммунного воспаления при данном заболевании.

КАК ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ В ПСИХИАТРИИ

Гонжал О.А.

АПО ФМБА России

Москва

Наши пациенты и их родственники, психологи и сами психиатры нуждаются в консенсусе и более или менее ясном понимании того, как принципиально устроен психический процесс, из этого следует то, как соотносятся и взаимодействуют лекарственное лечение и психотерапия. Фрагментарность и непримиримые методологические различия в системе нейронаук, одностороннее следование «доказательному» не позволяют построить современную архитектуру в психиатрии. Если исходить из предположения, что «психическое» – это функциональная система, целостный и активный процесс

приспособления к «социальному», способный к саморегуляции и развитию, то можно яснее понять, что предметом изучения и курации в психиатрии являются различного рода нарушения процесса развития «психического аппарата» – функциональной системы коммуникации со средой в широком смысле и срывы адаптации. Нарушения интеллектуального развития достаточно хорошо изучены и систематизированы, сложнее дело обстоит с пониманием того, как функционирует эмоционально-волевая сфера и как она сопряжена с мышлением. В качестве теорий, объясняющих развитие эмоциональной регуляции оправдались теории привязанности, травмы, ментализации. Если, «психическое» представляет собой процесс, «функциональную систему», то психические расстройства можно представить как различного рода нарушения в ее работе вследствие развития дефицитов, травматизации и формирование своего рода «коллатералей» в регуляции аффекта: ипохондрия, соматизация, различные психологические защиты и копинги. Тогда вовлечение медиаторных систем, нейровоспаление и окислительный стресс можно рассматривать не как этиологические факторы, а как патогенетические пути дистресса.

Так, психические расстройства в подавляющем большинстве случаев могут быть представлены как результат острой или хронической травмы, затрагивающей систему привязанности/социализации, с последующей специфической динамикой травмы и различными способами совладания с душевной болью и тревогой с использованием зрелых и примитивных психологических защит, психосоматического функционирования, поведенческих нарушений, расстройства пищевого поведения, зависимости, самоповреждения. Теория единого психоза, предложенная около 200 лет назад, в ее современной трактовке могла бы стать полезной классификационной базой, снимая напряженность в вопросах коморбидности и лечения «off label» и реально способствовать преодолению стигмы психических расстройств за счет понимания развитой, коммуникативной и защитной природы симптомов. Психоаналитические концепции создают поле для размышлений о динамике

симптома, естественным образом меняют позицию психиатра, предлагая пациенту сотрудничество и создание смыслов.

СЕМЕЙНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕВЕНЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Гуткевич Е.В.

НИИ психического здоровья Томский НИМЦ РАН;

Томский государственный университет

Томск

В современных условиях возрастает научный интерес к явлениям долгосрочным, развивающимся на протяжении всей жизни как отдельного человека, так и семьи, общества, нации в целом. Семья является источником и генетического наследования, и социально-психологических отношений между людьми. В семье одновременно присутствуют родственники разных поколений и возрастов, семейный уровень позволяет работать в группах «реального (генетического) риска». В зависимости от степени родства члены семьи попадают в «группы риска» с разной вероятностью предрасположения и возникновения психических расстройств в определенном возрасте в соответствии с индивидуальными генетическими и семейными особенностями. Начиная с пренатального периода, периода новорожденности, определяются достаточно редкие (орфанные) врожденные и наследственные заболевания, хромосомные болезни, которые в большинстве случаев с помощью современных методов и технологий определения генома могут быть дифференцированы по этиопатогенетическим параметрам. В разном возрасте, вплоть до старческого, манифестируют многофакторные болезни с наследственным предрасположением. Однако для диагностики, лечения, реабилитации и профилактики большинства психических заболеваний генетические и семейные методы в настоящее время применяются недостаточно. Для многих психических и поведенческих расстройств и нарушений нейропсихического развития в основе

определенных клинико-диагностических, реабилитационных, адаптационных и превентивных мероприятий эффективен семейно-генетический принцип.

Разработанная и внедренная в клиническую практику система семейно-генетической превенции является совокупностью различных видов деятельности и представляет собой коммуникативный процесс в цепи взаимодействий между всеми участниками и действующими при этом факторов. Основными этапами процесса семейно-генетической превенции являются: 1) оценка и планирование (определение цели, способов; создание программы мероприятий для конкретного больного и его семьи; 2) собственно процесс реализации программы, разработанной на предыдущем этапе, включающий различные вмешательства (генетико-диагностические, генетико-психологические; генетико-психотерапевтические и др.); 3) достижение результата в соответствии с поставленной целью; 4) комплексная оценка эффективности проделанной работы с применением традиционно используемых объективных критериев и субъективного описания пациентом и его семьей процесса. Участниками являются – больной (индивидуальный уровень); семья (микросоциум или семейный уровень); организации, учреждения, институты (макросоциум или институциональный уровень); общество в целом.

Семейное функционирование и адаптация является в определенной степени интегральным критерием, учитывающим многомерную совокупность показателей психического здоровья. Генетическое тестирование членов семьи дает информацию об уникальных особенностях генотипа человека, а выявление коморбидных наследственных заболеваний – корреляции между молекулярными изменениями генома и особенностями их фенотипического проявления. Так, выявление ассоциаций психических расстройств у взрослых лиц с врожденной патологией и менделирующими признаками в семьях показало три основные группы коморбидных генетических состояний: в первую группу можно отнести врожденные пороки развития у пробандов (поперечный редукционный порок конечностей; киста средостения, дивертикул пищевода; гипоплазии передней доли гипофиза). Вторая группа включает хромосомную патологию в семьях (47,

XУ, + 16 у плода; 46, XУ, del 22q11.2). В третью группу входят семьи с наличием определенных генетических мутаций (гена, кодирующего медь-транспортирующую АТФазу; гена FBN1 – фибриллина 1; дефицит альфа-галактозидазы А). Клинический полиморфизм нарушений индивидуального здоровья связан с клинико-генетическим континуумом и внутрисемейным ядром как психопатологического синдрома, так и особенностей соматического здоровья, вероятно, определяемым «полем действия» генов. Клиническая психогенеалогия позволяет определить здоровье членов семьи и возможность выделения групп конкретного биологического риска. Диагностика и квалификация триединых отношений в семье – супружества, родительства, межпоколенных связей определяют психологические особенности и проблемы на разных стадиях жизненного цикла семьи. Психолого-генетические феномены характеризуют поведение и адаптацию индивида, здорового и страдающего от психической болезни, и семейной системы в условиях семейно-генетического кризиса. Технология их квалификации представлена как: 1) определение уровня психического здоровья пробанда – психическое здоровье, психоадаптационное-психодезадаптационное состояние – предболезнь (донозологические формы, инициальный период), клинические формы психических расстройств; 2) выявление коморбидных состояний, генетической предрасположенности; 3) установление стадии онтогенетического цикла семьи пробанда и формы семейного устройства; 4) диагностика индивидуально-личностных и межличностных внутрисемейных и метасемейных отношений нуклеарной семьи пробанда в условиях семейно-генетического кризиса; 5) изучение межпоколенных взаимодействий в родительской и расширенной семье пробанда; 6) формулирование психолого-генетического статуса и уровня адаптации семьи пробанда, программы оказания помощи. Совокупность психолого-генетических феноменов функционирования семьи определяет уровень психического здоровья и адаптационные возможности для его сохранения. Адаптационно-превентивный потенциал (три уровня) семьи психически больного определяет биологические (генетические) и социально-

психологические возможности семейной системы индивида компенсировать ограничения онтогенетического цикла семьи из нескольких поколений, сформировавшиеся вследствие болезни её члена, в том числе и в пространстве микросреды.

Пространство микросреды, домашней среды формируется, в том числе и семьей. Для получения оценок привязанности к дому как месту функционирования семьи лиц с разным уровнем психического здоровья – здоровых, респондентов-участников Дня психического здоровья и их родственников и других значимых лиц, пациентов с психическими расстройствами, проведено пилотное исследование четырех групп: 94 здоровых респондента в возрасте от 17 до 26 лет; 49 консультирующихся участников Дня психического здоровья разного возраста и 15 их родственников и значимых близких; 14 пациентов в возрасте от 21 года до 60 лет с шизофреническими расстройствами (F2 по МКБ-10) с помощью экспериментально-психологического опросника «Мой дом» с выделением двух блоков – эмоционально-смысловой и функциональной привязанности к дому, всего обследовано 172 человека. В группе здоровых респондентов средний балл «Силы значимости дома для его обитателей» равен 3,55. Участники «Дня психического здоровья 2021 года» – пользователи специализированной консультативной помощи показали самый низкий из четырех групп средний балл 3,43. Родственники и значимые близкие лиц – участников проекта «День психического здоровья» продемонстрировали наибольшие значения среднего балла «Привязанности к дому» (4,35). Особенностью распределения ответов пациентов с шизофренией (средний балл 4,14) явилось то, что самыми частыми ответами на одни и те же вопросы у разных пациентов были противоположные – «Совершенно согласен» (61 или 31%) и «Совершенно не согласен» (47 или 24%). Выявленные особенности привязанности к дому в перспективе могут стать определенными индикаторами состояния психического здоровья у лиц из групп риска (родственники и близкие пациентов) и адаптации при ментальных нарушениях. Семейно-генетическое направление превентивной психиатрии

позволяет прогнозировать семейный и индивидуальный генетический риск психического расстройства, оказывать дифференцированные программы раннего выявления, инициации превентивного лечения, предотвращения манифестации и выработки антирецидивного поведения, помощи всем членам семьи.

ТЕСТ ДИАГНОСТИКИ ДЕТСКОЙ ПСИХОПАТИЧНОСТИ ППЧ-МД

Дацковский И.В.М.

Городская клиника

Бейт Шемеш, Израиль

Область психопатий детского возраста, несмотря на достаточное количество печатных источников по теме, до сих пор является относительно малоисследованной областью как в рамках детской психиатрии, так и в рамках психиатрии пограничных состояний, хотя влияние этого состояния распространяется на всю взрослую жизнь человека и на нормативное функционирование общества в целом. По нашему мнению, это положение в первую очередь связано с трудностью отграничения состояний, относящихся к области психопатий детского возраста от других психических состояний. Кроме этого, имеется большая путаница в самом понятии психопатии, что связано с тем, что уже целый век параллельно существуют два существенно различных подхода к диагностике психопатичности, оперирующие одним и тем же названием состояния – психопатией – подход Леонгарда-Личко и подход Карпмана-Клекли. Мы в данном докладе будем обсуждать только второй подход к понятию психопатии.

Кроме этого, мы продолжаем традицию патопсихологической диагностики, выполняемой посредством тестов и опросников.

Зачастую проблемы психопатического развития характера ребенка, становятся заметны родителям и воспитателям, как правило, уже с 3–4 лет (и иногда даже раньше), однако очевидно, что невозможно диагностировать столь

тяжелый диагноз по только недавно замеченным проблемам. А ребенок младшего школьного возраста (с 6–7 лет) является уже достаточно сложившейся личностью с ясно различимыми чертами характера, которые уже могут быть диагностически проанализированы, хотя собственно диагноз психопатии невозможно ставить хотя бы до пубертата, а то и до позднего подросткового возраста (для избегания лейбеллизации (от англ. a label – наклейка, знак), когда диагноз может сильно помешать социализации ребенка и тем самым оказаться самоисполняющимся пророчеством).

Большой недостаток самоотчетов (опросников, заполняемых либо самим испытуемым, либо психологом по ответам испытуемого) в психологии заключается в том, что для этого требуется сотрудничество пациента. Очень просто испортить результаты, если солгать (с осознанными целями или без оных), отвечать на вопросы как попало или просто отказаться заполнять. Кроме этого, дети с этими чертами могут быть просто неспособны подробно рассказать о своем эмоциональном мире. Они сами не разбираются в себе, и это может помешать исследователю оценить у них эти черты. Также полезность опросников ограничивается, когда пациент настроен враждебно или не способен сотрудничать с психологом. Дополнительно в области психологических и патопсихологических исследований, особенно в детско-подростковом возрасте выяснилась еще одна отрицательная особенность обычных психологических подходов. Она заключается в том, что с одной стороны, тесты и опросники, заполняемые детьми (если дети не озлоблены и согласны сотрудничать и умеют читать или хотя бы слушать и внятно отвечать), опросники, заполняемые родителями (если родители адекватны в своих оценках и специально не дают ложных ответов, например, когда ребенку грозит изоляция в специальные педагогические системы) об этих же детях и, с другой стороны, профессиональная экспертная оценка объективных материалов и независимых оценок о данном ребенке и целенаправленное клиническое интервью со специалистами, хорошо знающими ребенка для заполнения экспертного теста дают весьма различающиеся оценки психопатических свойств ребенка.

Сам факт экспертного заполнения теста, когда опрашивается не сам пациент, а кто-то, кто хорошо его знает или эксперт сам заполняет тест на основании надежной информации из ряда источников не является исключением, разработан и активно используется целый ряд таких тестов.

Нами разработан требуемый экспертный тест для диагностики клинических и доклинических форм детской психопатичности, который может быть использован как первичная оценка клинических форм, требующих более подробного исследования. Заполнять Тест и тем более делать по нему выводы может только достаточно объективный профессионал (психолог, клинический психолог, патопсихолог или психиатр), работающий с профессиональными педагогами, наблюдающими пациента долгое время в многочисленных ситуациях и обладающими некоторым уровнем специальных познаний (чаще всего учитель начальной школы или воспитатель старшей группы детского сада).

Предлагаемый тест является экспертным тестом (тестом, заполняемым экспертом), а потому в него не включены обычные при самозаполнении теста или опросника самим испытуемым вопросы лжи и достоверности. Кроме этого, по указанным причинам мы не стали объединять таблицы в единый список вопросов вперемешку разных групп вопросов, разделяемых только при обработке ключами, содержащими номера вопросов, относящихся к той или иной таблице. Наоборот, мы сочли целесообразным явным образом разделить списки вопросов, чтобы дать возможность заполняющему тест эксперту лучше сосредоточиться на особенностях той или иной таблицы.

Для выявления психопатичности детей мы попытались выявить и перечислить гораздо большее число симптомов такого поведения, чем упоминается в различных источниках (для уменьшения веса ошибки в каждом вопросе), но отдавали предпочтение именно тем из них, которые легче выявляются внешним продолжительным наблюдением.

Кроме этого, мы несколько усложнили выставление баллов. Мы смягчили трудность оценки той или иной характеристики ребенка, введя четырехпозиционную оценку симптома, но в разных таблицах, присвоив каждой

оценке иной балл важности в зависимости от важности симптомов той или иной таблицы для оценки психопатичности испытуемого.

Предлагаемый Тест «ППЧ-МД» (Перечень Психических Черт – Модифицированный Детский) состоит из трех таблиц. Общая сумма баллов по третьей колонке (характеристика имеется в весьма развитой форме) по обеим таблицам 1 и 3 составляет 106 баллов. Вывод о наличии психопатии мы традиционно установим на уровне преодоления 75% отметки, то есть 80 баллов и выше. Однако для более дифференциальной диагностики мы введем еще два диапазона баллов:

54–79 баллов (51–75%) – психопатический склад характера

36–53 баллов (36–50%) – подозрение на психопатический склад характера.

35 и меньше баллов – отсутствие психопатических наклонностей.

Существенной особенностью экспертного (по сути – числового) подхода к диагностике психопатий, резко отличающей этот подход от феноменологического (характерологического) подхода, является полный неучет типов характера при его применении. Это связано с тем, что те характеристики-признаки психопатии, которые создают в обществе проблемы со стороны психопатов, не столь уж сильно связаны с типом характера. Эти свойства надхарактерны и являются общими почти для всех психопатов: патологически полное отсутствие эмпатии к кому бы то ни было, отсутствие совести, жалости, раскаяния, иных моральных устоев, явная бессердечность, постоянная готовность воспользоваться всеми окружающими во всех смыслах, полное пренебрежение подчинением каким-либо правилам (правилам общества, законам), патологическая лживость (нельзя верить не только их словам, но и представляемым ими документам) и при этом – выдающаяся общительность, безграничное обаяние, демонстративные «искренность»; и «правдивость», вызывающие у жертвы искреннее доверие, желание помочь, желание любить.

Итак, мы предложили тест «ППЧ-МД» (Перечень Психических Черт – Модифицированный Детский), являющийся относительно дальним

родственником «Перечня Психопатических черт (ППЧ) для детей и подростков», предложенным Р. Хаэром.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ В ДЕТСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГБУЗ АО «ОКПБ»

Денисова Е.А., Соколова Н.Н., Тарханов В.С.

ГБУЗ АО «ОКПБ»

Астрахань

В детском отделении ГБУЗ АО «ОКПБ» реализуется комплексный медико-педагогический подход к лечению, состоящий из режима дня, рационального питания, медикаментозного лечения, логопедических, психокоррекционных занятий и воспитательных мероприятий. С 2016 для коррекции речевых, аффективных, невротических, невротоподобных, поведенческих и вегетативных нарушений используются физиотерапевтические методы лечения. Применение физиотерапии в комплексном лечении детей позволяет повысить эффективность лечения, а в некоторых случаях даже уменьшить дозу психотропных препаратов, нивелировать побочные неблагоприятные эффекты в виде аллергических, токсических реакций, угнетения кроветворения, нейро-, нефро- и гепатотоксичности, гормонального дисбаланса, изменения массы тела и экстрапирамидных расстройств. В практике комплексной терапии применяются электрофорез с аминазином и эуфиллином на воротниковую зону по Щербаку, массаж, транскраниальная электростимуляция, дарсонвализация волосистой поверхности головы, СМТ-терапия, магнитотерапия и УВЧ.

С 2016 по 2020 год включительно в отделении получило физиотерапевтическое лечение 126 чел., из них мальчиков 78, девочек – 48.

Перед проведением физиотерапевтического лечения все дети в обязательном порядке осматриваются врачом педиатром, неврологом, проводится электроэнцефалографическое исследование для оценки

потенциального риска и возникновения возможных осложнений. При выявлении у пациентов речевых, невротических, неврозоподобных, аффективных, гиперкинетических расстройств лечащий врач-психиатр рекомендует консультацию врача-физиотерапевта. В свою очередь, физиотерапевт назначает метод лечения с учетом индивидуальных, этиопатогенетических, онтогенетических особенностей ребенка, а также степени выраженности патологических проявлений. Продолжительность курсового лечения составляет, как правило, 8-12 процедур.

По возрастам пациенты распределились следующим образом: от 3 до 5 лет – 14 чел., от 6 до 9 лет – 47 и от 10 до 14 лет – 65 чел. (Таблица 1).

Таблица 1 - Количество детей, получавших физиотерапевтическое лечение в детском отделении с 2011 по 2020гг. (абс. кол-во)

Год	Возраст, пол						Итого
	3-5 лет		6-9 лет		10-14 лет		
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
2016	2	1	4	3	5	4	19
2017	1		5	3	5	3	17
2018	1	1	7	4	13	5	31
2019	3	1	9	2	10	8	33
2020	2	2	4	6	7	5	26

По критерию ведущего психопатологического синдрома при назначении физиотерапевтической коррекции следует выделить следующие: поведенческие расстройства (психомоторная расторможенность, раздражительность, капризность, плаксивость) – 43 чел. (34%), речевые нарушения (ОНР, СНР, дислалия, тахилалия, алалия, дизартрия, заикание – 45 чел (45%)), аффективные

(депрессивные) нарушения – 5 чел. (4%), невротические расстройства (тики, энурез, заикание, обсессивно-компульсивный синдром) – 42 чел (33%).

При оценке результатов применения физиотерапевтических методов лечения психических и поведенческих расстройств пациентов детского отделения учитывается комплексность воздействия на патологическую симптоматику медикаментозной терапии, психокоррекционных занятий, режима дня и воспитательных мероприятий. В связи с этим, определить четкую динамику поведенческих, невротических, аффективных расстройств после проведения именно курса физиотерапевтических процедур не представляется возможным. Однако необходимо указать, что за весь период наблюдений не было ни одного случая отрицательной динамики психических нарушений в результате назначения физиотерапевтических методов лечения.

Наиболее приемлемыми для оценки динамики психопатологических явлений являются разнообразные формы патологии речи. За период с 2016 по 2020г.г. на куррации находилось 45 детей в возрасте от 4 до 14 лет с речевыми расстройствами (ОНР, СНР, дислалия, тахилалия, алалия, дизартрия) и 6 человек с заиканием. Из всех детей 12 чел (24%) имели легкие формы нарушения речи (функциональная дислалия, общее недоразвитие речи 2-3 уровня), 37 чел. (73%) – среднетяжелые (дизартрия, алалия, системное недоразвитие речи, заикание средней степени тяжести), и 2 чел.(4%) – тяжелые формы речевых расстройств (заикание тяжелой степени).

После использования физиотерапии (ТЭС, электрофорез с аминазином, СМТ) улучшилось словообразование у 33 детей (65%), интонация и темп речи у 21 ребенка (41%), ритм и артикуляция звуков у 26 детей (50%), произошло уменьшение частоты и силы голосовых судорог у 3 человек (6%). Степень улучшения лексических расстройств зависела от интеллектуального потенциала пациентов и выраженности эмоционально-волевых нарушений.

Таким образом, имеет место положительного влияния методов физиотерапевтического лечения психических и поведенческих расстройств у детей. Для оценки эффективности физиотерапии в комплексном подходе

лечения психических и поведенческих расстройств у детей необходимо дальнейшее наблюдение за пациентами и изучение данного материала.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕИНФЕКЦИОННОЙ
ЛИХОРАДКИ ПРИ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ
ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И
ГИПЕРТЕРМИИ ПРИ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

Долинная А.В., Кононенко И.Н., Кучерявая В.И., Цыба И.В.

Республиканский наркологический центр

Донецк, ДНР

Гипертермическая реакция – достаточно распространенный симптом многих заболеваний инфекционной и неинфекционной этиологии. В период пандемии коронавирусной инфекции данный симптом вызывает особую настороженность и требует пристальной дифференциации при необходимости оказания специализированной наркологической помощи пациенту, одним из симптомов которого является повышение температуры тела.

Лихорадка, вызванная защитной реакцией организма на воздействие извне экзогенных факторов (физических, химических или биологических), способствует активизации эндогенных пирогенов (воздействующих на центр терморегуляции) и имеет лейкоцитарное происхождение.

Неинфекционная лихорадка, в ряде случаев, является одним из симптомов при психотическом расстройстве, вызванном употреблением психоактивных веществ (далее – ПАВ). После попадания в организм неинфекционных пирогенных агентов в крови в течение 30-70 мин увеличивается содержание пептидов, обладающих пирогенной активностью в ничтожно малой дозе. Эти вещества образуются главным образом в фагоцитирующих лейкоцитах (грануло- и агранулоцитах: нейтрофилах, моноцитах/макрофагах, а также в лимфоцитах, хотя в них в меньшем количестве). Пирогенные агенты опосредованно вызывают экспрессию генов, кодирующих синтез цитокинов (пирогенных лейкокинов).

Механизмы развития гипертермии вследствие воздействия биологических факторов (патогенной флоры), в частности – вируса COVID-19, способствуют повышению продукции интерферона с увеличением его противовирусной активности, Т-клеточной пролиферации, фагоцитарной и бактерицидной активности нейтрофилов, цитотоксических эффектов лимфоцитов и снижению роста и вирулентности некоторых видов микроорганизмов. Своевременная постановка диагноза, в данном случае, способствует оптимальному выбору врачебной тактики – с одной стороны, и предотвращению распространения вирусной инфекции при оказании медицинской помощи в условиях наркологических отделений – с другой.

Клиника и течение тяжелого алкогольного делирия давно привлекает внимание исследователей как отечественных, так и зарубежных. Были изучены медицинские карты стационарных больных за период пандемии коронавирусной инфекции, начиная с февраля 2020 года до декабря 2021 года. За указанный период в отделениях Республиканского наркологического центра получили лечение 741 пациент с синдромом зависимости от алкоголя (далее – СЗА), состояние отмены с делирием. Уровень летальности от данной патологии составил 0,3% от общей численности пролеченных пациентов в условиях стационарных отделений или 3,6% от численности пациентов, получивших лечение в связи с СЗА в состоянии делирия.

Пациенты с алкогольным делирием в анамнезе имеют более высокую смертность, чем те, у кого отмечается только алкогольная зависимость и не было зафиксировано проявлений делирия. В среднем летальность колеблется от 1 до 5% и может быть дополнительно уменьшена путем эффективной и своевременной терапии. Так, при раннем выявлении и своевременном лечении она снижается до 1% и менее. Обычно причинами смерти при алкогольном делирии являются гипертермия, нарушения сердечного ритма, осложнения абстинентных приступов или сопутствующие органые расстройства.

По мнению многих авторов, одним из ведущих неблагоприятных прогностических признаков при СЗА в состоянии делирия является

гипертермический синдром. В РНЦ значительное повышение температуры тела отмечалось только у 20 пациентов (или 2,7% от численности пролеченных с СЗА в состоянии делирия). В исследуемой группе возрастная структура больных распределилась следующим образом: до 35 лет – 4 больных; 35-40 лет – 5, 41-50 лет – 6, 51-60 лет – 3, старше 60 лет – 2. Следует отметить, что в данной категории пациентов 40% составляют женщины. Длительность критического этапа у больных с тяжелыми алкогольными делириями в большинстве случаев колеблется в широких временных пределах от 2-3 до 16 суток.

Медикаментозная терапия назначалась симптоматически с учетом состояния пациентов и результатов лабораторных исследований: седативная, противосудорожная, дегидратационная, витамины группы В, стабилизирующая деятельность сердечно-сосудистой системы и пр.

На пике умеренного повышения температуры тела (до 39°C) умерли 4 пациента в течение первых трех суток (все мужчины, из них – двое с дебютом делирия), что составило 0,5% от численности пролеченных с СЗА в состоянии делирия или 20% от численности пациентов с гипертермическим синдромом. Следует отметить, что синдром гипертермии во всех случаях развивался стремительно в течение 2-3 часов и был медикаментозно некорректируемый. Результаты судебно-медицинского исследования подтвердили у всех умерших отсутствие коронавирусной инфекции. Причиной смерти всех пациентов была нарастающая сердечная недостаточность, сочетанная с выраженным жировым гепатозом вследствие длительного употребления ПАВ.

За рассматриваемый период зафиксирован только один случай смерти пациента, который ранее не лечился в отделениях учреждения. В связи с развитием делирия был переведен из учреждения общесоматического профиля, где консультирован специалистами в соответствии патологическим состоянием. При госпитализации больного на лечение в РНЦ эпидемически и клинически не выявлено показаний к проведению тестирования антиген-тестами «Abbott». Больной умер в течение 4 часов после госпитализации при СЗА в состоянии

делирия, но с нормальным уровнем температуры тела (36,2°C); причина смерти: COVID-19-пневмония на фоне ВИЧ-инфекции и полиорганной недостаточности.

С 2021 года при госпитализации в стационарные отделения РНЦ сотрудниками приемно-экспертного отделения проводилось тестирование пациентов антиген-тестами «Abbott», которое в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения целесообразно выполнять не ранее 5 дня и не позднее 7 дня от появления у пациента клинических проявлений острого респираторного вирусного заболевания, в том числе COVID-19.

На основании вышеизложенного, следует отметить, что дифференциальная диагностика при определении тактики лечения больных специалистами РНЦ всегда осуществляется с учетом данных эпидемиологического анамнеза, клинических симптомов и их динамики. Во всех подозрительных случаях для проведения дифференциальной диагностики при подозрении на COVID-19, особенно при гипертермическом синдроме, осуществляется тестирование пациентов антиген-тестами «Abbott». Но с учетом особенностей течения сопутствующей патологии у данной категории пациентов, ограниченности позитивного временного промежутка данных тест-систем рекомендуется выполнение ПЦР-диагностики на выявление антигенов SARS-CoV-2 как наиболее специфичного и чувствительного из ныне доступных методов тестирования на COVID-19.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ПРИ КАТАТОНИИ

**Заборин А.С., Захарова Н.В., Карташов С.И., Костюк Г.П., Мамедова Г.Ш.,
Орлов В.А., Холодный Ю.И., Шкуринова М.А.**

*ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева
Департамента здравоохранения Москвы»*

Москва

Представлены результаты транскраниальной магнитной стимуляции в области DLPFC четырех пациентов с кататонией. Уникальность приводимых наблюдений включает три фактора. Во-первых, применяли реабилитационную нейромодуляцию кататонии с назначением персонализированного курса воздействия магнитными импульсами, учитывающего интенсивность регионального кровотока (rCBF) в зоне воздействия. Во-вторых, весь курс лечения проведен в амбулаторных условиях. В-третьих, дополнительно исследовали содержание ГАМК и глутамата в коре головного мозга до и после курса ТМС. У всех четырех пациентов диагностирована кататония (в рамках расстройств шизофренического спектра у троих и в одном случае – в структуре фазы рекуррентной депрессии). Все пациенты принимали монотерапию атипичными антипсихотиками в качестве основной психофармакотерапии, были комплаентны и дали информированное добровольное согласие. Эффективность воздействия ТМС зафиксирована в трех случаях. Нежелательных явлений или осложнений не было за все 20 сеансов.

ТМС можно рассматривать в качестве перспективного метода реабилитации для пациентов с кататонией.

ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АРТИФИЦИАЛЬНОЙ ГИПОГЛИКЕМИЕЙ

Зеленкова-Захарчук Т.А., Мельниченко Г.А., Нуралиева Н.Ф.,

Трошина Е.А., Юкина М.Ю.

ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России

Москва

Введение: Гипогликемия – снижение глюкозы крови, которое может привести к коме и смерти. Причиной гипогликемии у пациентов без сахарного диабета (СД) могут быть различные состояния, включая искусственную гипогликемию (АГ) вследствие преднамеренного приема сахароснижающих препаратов (синдром Мюнхгаузена).

Цель: представить психосоциальную характеристику пациентов с АГ.

Методы: анализ анамнеза 399 пациентов с гипогликемией в возрасте 18-93 лет.

Результаты: АГ диагностирована у 14 (3,5%) пациентов: n=5 – вследствие приема сахароснижающих таблеток и n=9 – введения инсулина; возраст 34 (min-max: 18-47) года; 12 женщин (86%); 1 пациент с СД и 10 (71%) имели родственников с СД; 1 пациент медик и 1 имел родственника медика.

Гипогликемическую кому перенесли n=5, из них n=2 неоднократно. Подверглись необоснованному инвазивному вмешательству на поджелудочной железе 4 пациента. У 3 пациентов АГ сочеталась с искусственным СД и у одного с искусственным гиперкортицизмом.

Диагностировано (МКБ-10): [F40] n=3, [F45] n=2, [F07.0] n=1 и [F48.0] n=1. Отказались от психиатрического обследования n=7 (50%).

93% пациентов были безработными. Среди возможных причин АГ: бесплатное временное проживание и питание в больнице, избежать обязательную военную службу и работы, ускорить трансплантацию почки. После предъявления доказательств АГ ни один из пациентов не подтвердил данного факта, но и не пытался доказывать обратное.

Заключение: Основными особенностями пациентов с АГ являются: молодой возраст, женщины, отсутствие работы, наличие родственников с СД. Все пациенты, осмотренные психиатром, имели различные психические нарушения.

СКРИНИНГОВЫЕ И МОНИТОРИНГОВЫЕ ШКАЛЫ СОМАТИЗАЦИИ В РОССИИ

Золотарева А.А.

*Департамент психологии НИУ ВШЭ, лаборатория психосоматической
медицины научно-образовательного Российско-китайского центра системной
патологии*

Москва, Челябинск-Ухань

Понятие «соматизация» описывает склонность человека испытывать телесные симптомы и расстройства, которые не могут быть объяснены с медицинской точки зрения, а также приписывать их физическим заболеваниям и обращаться с этими жалобами за медицинской помощью. Российские исследователи обнаружили, что распространенность психосоматических расстройств в общемедицинской практике составляет 30-45%. Эта статистика приблизительно соответствует мировой практике, в которой 45% людей сообщают о шести и более соматических симптомах, беспокоящих их на протяжении двух прошедших недель.

Зарубежные специалисты предпочитают два ключевых инструмента для оценки соматизации: шкалу соматических симптомов Б. Гирка и опросник здоровья пациента К. Кроенке. Обе шкалы успешно используются в клинических, популяционных и эпидемиологических исследованиях соматизации. При этом до сих пор эти шкалы не были переведены и адаптированы на русский язык, в связи с чем целью двух психометрических исследований стала адаптация и оценка факторной структуры русскоязычных версий SSS-8 (Исследование 1) и PHQ-15 (Исследование 2).

В исследовании 1 была адаптирована русскоязычная версия шкалы соматических симптомов Б. Гирка. Эта шкала оценивает тяжесть соматизации по 8 жалобам человека на физическое здоровье (проблемы с желудочно-кишечным трактом, головная боль, боль в спине, головокружение, проблемы со сном и т.д.). Для адаптации русскоязычной версии SSS-8 была собрана популяционная выборка, состоящая из 2011 респондентов (66.4% женщин и 33.6% мужчин) в возрасте от 18 до 80 лет ($M=40,91$, $SD=10,57$).

По результатам конфирматорного факторного анализа однофакторная структура SSS-8 показала приемлемое соответствие данным ($\chi^2(20)=290,266$, $p \leq 0,001$; $TLI=0,918$; $CFI=0,941$; $RMSEA=0,082$ (90% CI 0,074-0,090)). Коэффициент α -Кронбаха составил значение 0,83 для общего показателя соматизации по SSS-8.

В исследовании 2 была адаптирована русскоязычная версия опросника здоровья пациента К. Кроенке. Этот опросник предназначен для оценки общего показателя соматизации на основе 15 специфических соматических симптомов (боль в животе, головокружение, ощущение сильного сердцебиения, проблемы со сном и т.д.). Для адаптации русскоязычной версии PHQ-15 была собрана популяционная выборка, состоящая из 1153 респондентов (51,4% женщин и 48,6% мужчин) в возрасте от 18 до 84 лет ($M=41,45$, $SD=12,56$).

По результатам частотного анализа из PHQ-15 было удалено три тестовых пункта, связанных с редкими и гендерно-специфическими соматическими симптомами (обмороки, менструальная боль, боль или дискомфорт при половых контактах). С помощью конфирматорного факторного анализа была установлена бифакторная структура PHQ-15 ($\chi^2(46)=146,839$, $p \leq 0,001$; $TLI=0,961$; $CFI=0,973$; $RMSEA=0,044$ (90% CI 0,036-0,052)), предполагающая выделение как общего фактора соматизации, так и специфических факторов усталости и болевых ощущений, гастроинтестинальных симптомов и кардиопульмональных симптомов. Коэффициенты α -Кронбаха подтвердили внутреннюю надежность шкалы: 0,85 (для общего фактора соматизации), 0,73 (для фактора усталости и болевых ощущений), 0,75 (для фактора гастроинтестинальных симптомов), 0,72 (для фактора кардиопульмональных симптомов).

Таким образом, русскоязычные версии SSS-8 и PHQ-15 являются надежными и валидными шкалами для оценки соматизации как склонности человека реагировать на психологический дискомфорт симптомами, не объяснимыми с медицинской точки зрения. Обе шкалы также могут быть использованы в эпидемиологических исследованиях в качестве инструмента для скрининга и мониторинга специфических соматических симптомов и их комплексов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ

УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПИВА И ВОДКИ

Зубов Н.А. 3, Клименко Т.В. 1, Орлов А.В. 2

1 Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.

Сербского» Минздрава России

2 ГБУЗ МНПЦ Наркологии ДЗМ

3 Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова

Москва

Актуальность. В России последнее десятилетие на фоне снижения потребления спиртных напитков наблюдается изменение структуры их потребления за счет увеличения доли потребления пива. Однако при организации профилактических и терапевтических мероприятий никогда не учитывается вид потребляемого спиртного напитка и его влияние на терапевтический ответ. Это может быть связано с тем, что несмотря на многочисленные исследования не сформировалось определенного представления о возможности выделения пивного алкоголизма (ПА) как вида алкогольной зависимости (АЗ), что обычно объясняется тем, что большинство потребителей пива или водки допускают потребление других спиртных напитков.

Цель исследования – изучение в сравнительном аспекте клинико-динамических особенности АЗ с преимущественным потреблением пива или водки.

Материал и методы исследования. Клинико-anamnestическим и психометрическим методами обследовано по 40 больных с преимущественным потреблением пива (группа ПА) или водки (группа ВА), равнозначных по основным социально-демографическим параметрам, которые находились на стационарном лечении по поводу алкогольного абстинентного синдрома (ААС). Преимущественное употребление пива или водки определялось по соотношению объема и частоты употребления их суточных доз, которые пересчитывались в мл

чистого этанола в соответствии с коэффициентами Госкомстата-Росстата. Преимущественное употребление пива или водки устанавливалось, когда более 75% употребляемого алкоголя приходилось на употребление конкретного вида спиртного напитка. Возраст больных: Me=44 года; МКР=35-53 года. Больные с ПА были моложе больных ВА (Me – 39 и 45 лет; $p=0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение. Преимущественное употребление конкретного типа спиртного напитка (пива или водки) формировалось постепенно. На донологическом этапе (эпизодическое и систематическое употребление алкоголя) наблюдалось бессистемное (хаотичное) употребление различных видов спиртных напитков без какого-либо предпочтения, то уже с начальной стадии АЗ наблюдалось сужение репертуара употребляемых спиртных напитков с одновременным увеличением доли преимущественно потребляемого спиртного напитка с нарастающим итогом общего доминирования его в потреблении к средней стадии АЗ: доли пива (группа ПА) или водки (группа ВА) в общем объеме употребляемого алкоголя.

Сравнительный клинико-психопатологический анализ больных АЗ с преимущественным потреблением пива или водки показал, что они отличались по большинству клинико-динамических параметров АЗ. Для ПА по сравнению с ВА было характерно: 1) более продолжительный начальный период АЗ: у больных ПА в среднем 5,0 лет, а у ВА – 4,5 лет ($p=0,051$); 2) более низкий уровень толерантности к алкоголю на всех этапах формирования АЗ (соответственно 0,12 л и 0,2 л); 3) наряду с аддиктивной наличие субмиссивной, субкультуральной и гедонистической мотивации употребления алкоголя, при ВА – чаще с атарактической (соответственно 27,5% и 32,5%); 4) формирование на средней стадии АЗ атипичных форм опьянения преимущественно депрессивной (20,0% и 17,5%) и эксплозивной формы, при ВА – чаще астеническая (22,5% и 27,5%) и эпилептоидная (12,5%) формы опьянения; 5) достоверно реже на средней стадии АЗ наблюдались алкогольные палимпсесты (32,5% и 42,5%) и тотальные амнезии опьянения (7,5% и 22,5%); 6) реже наблюдались истинные запои (32,5% и 70,0%), но чаще – псевдозапои (35,0% и 20,0%) и смешанный или

перемежающийся тип алкоголизации (32,5% и 10,0%); 7) формирование ААС происходило в более позднем возрасте (23 и 21 год) и в более продолжительные сроки (через 7,0 лет и 6,0 лет); ААС был более легкий, менее продолжительный (2-3 дня и 3-4 дня), иной клинической структуры с преобладанием нейровегетативного варианта (62,5% и 40,0%), при ВА чаще наблюдался висцеральный (27,5% и 32,5%), церебральный (5,0% и 20,0%) и психопатологический (5,0% и 10,0%) вариант ААС; 8) наблюдалось первичное патологическое влечение к алкоголю (ПВА) (при ВА достоверно реже), которое утрачивало связь с психологически понятными мотивами употребления алкоголя; 9) в структуре первичного и вторичного ПВА преобладали идеаторный и вегетативный компоненты, при ВА – поведенческий и аффективный компоненты ПВА; 10) алкогольные психозы на средней стадии АЗ наблюдались достоверно реже и были делириозной структуры, при ВА также наблюдались галлюцинаторные психозы.

В целом АЗ с преимущественным употреблением пива отличалась более умеренной прогрессивностью, но сохраняла все типичные для АЗ, в том числе с преимущественным потреблением водки, структурно-динамические особенности и алгоритм патокинетического развития.

Таким образом по аналогии с различными типами наркотической зависимости в зависимости от вида потребляемого наркотического средства представляется клинически оправданным и допустимым выделение отдельных типов АЗ с учетом преимущественного потребления пива или водки – соответственно пивной и водочный алкоголизм.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ФОНЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ И АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Иванов М.В., Степанова А.А., Тумова М.А., Янушко М.Г.

Актуальность. Когнитивный дефицит представляет собой патологию познавательных функций и выделяется в качестве одного из шести доменов расстройств при шизофрении. По результатам современных исследований больных с параноидной формой шизофрении известно, что когнитивные нарушения являются одним из главных факторов, ответственных за терапевтический инсайт. Многие препараты сейчас рассматриваются как потенциально обладающие прокогнитивным эффектом. Но ни один из них в настоящий момент не прошел регистрацию в качестве стимулятора когнитивного функционирования. Экстрапирамидный синдром (ЭПС) является потенциально обратимой антипсихотик-индуцированной нежелательной реакцией. Важно, что они являются одной из весомых причин отказа пациентов от приема поддерживающей антипсихотической терапии. Выявление связи между экстрапирамидными побочными эффектами и когнитивным функционированием представляет большой интерес, поскольку может быть использовано для оптимизации фармакотерапии и реабилитации пациентов с шизофренией.

Цель: изучение влияния экстрапирамидных нарушений и антихолинергических препаратов на когнитивное снижение у больных шизофренией.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения биологической терапии психически больных НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева и представляло собой обсервационное / проспективное восьминедельное изучение взаимосвязи когнитивного дефицита и экстрапирамидных нарушений в процессе психотропной и антихолинергической терапии.

В исследовании приняли участие 30 пациентов: мужчины и женщины в возрасте 18-45 лет включительно, с диагнозом F20 соответственно критериям МКБ-10 и продолжительностью заболевания не менее 1 года, находящиеся на монотерапии одним из атипичных антипсихотиков (рисперидоном,

кветиапином, арипипразолом или оланзапином) и получающие в качестве корректора тригексифенидил всд 10 мг. Пациенты включались в исследование после подписания формы информированного согласия. Влияние антипсихотической терапии оценивалось с помощью оланзапинового эквивалента, влияние антихолинергической терапии – с помощью бензтропинового эквивалента. Критериями невключения были: отказ обследуемого от исследования, возраст моложе 18 и старше 45 лет, установленный диагноз, не соответствующий рубрике F20.0 МКБ-10 пересмотра, длительностью менее 1 года, пациенты, принимающие антипсихотики первого поколения или комбинированную терапию, принимающие другие антихолинергические препараты (например, амантадин) или циклодол в дозах, превышающих 10 мг/сут, женщины в период беременности и лактации, больные с сопутствующими тяжелыми острыми и хроническими соматическими заболеваниями, требующими постоянной дополнительной терапии, пациенты, страдающие алкогольной и/или наркотической зависимостью. При изменении дозы антипсихотического препарата или корректора, пациенты исключались из исследования на 2 недели, с последующим включением на фоне стабильной терапии. Когнитивные и экстрапирамидные нарушения оценивались врачом-исследователем на второй и восьмой неделях терапии по шкале BACS («Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia») и SAS («Simpson-Angus Scale for Extrapyrarnidal Symptoms») соответственно. Статистический анализ проводился на языке программирования R (версия 4.0.2) в RStudio v1.4.1717.

Результаты и их обсуждение. Нами были обнаружены обратные умеренной силы связи возраста с тестом «Шифровка» как на 2-й ($r=-0,35$, $p=0,044$), так и на 8-й неделе терапии ($r=-0,40$, $p=0,021$). Умеренные отрицательные корреляции на 8-й неделе терапии выявлялись при оценке «Вербальной памяти» ($r=-0,33$, $p=0,028$) и композитного балла T-score ($r=-0,34$, $p=0,019$).

Между длительностью заболевания и нарушением когнитивных функций методом Спирмена была обнаружена слабая обратная связь только по показателю «Шифровки» на 8-й неделе терапии антипсихотиками ($r=-0,24$, $p=0,041$). То есть, с увеличением продолжительности болезни нарушалась концентрация внимания и снижалась скорость психических процессов.

По результатам непараметрического метода сравнения когнитивных функций на 2-й и 8-й неделе терапии был вычислен W-критерий Вилкоксона для зависимых выборок, $p\text{-value}=0,02227$. Когнитивные функции по композитному баллу BACS в течение 8-ми недель наблюдения за пациентами на фоне приема атипичных антипсихотиков улучшились. Что согласуется с литературными данными о наличии у них прокогнитивного эффекта. Значимых корреляций BACS и оланзапинового эквивалента в исследовании не было обнаружено.

По результатам непараметрического метода сравнения ЭПС был вычислен W-критерий Вилкоксона для зависимых выборок, $p\text{-value}=0,0334$. Выраженность ЭПС по суммарному баллу SAS на 8-й неделе терапии на фоне приема антихолинергических препаратов уменьшилась.

Статистически значимых связей между дозой корректора и показателями когнитивных функций по BACS не было выявлено ни на 2-й, ни на 8-й неделе терапии. То есть, прием антихолинергических препаратов не оказывал влияния на когнитивные функции у исследуемой группы пациентов.

На 2-й неделе терапии атипичными антипсихотиками умеренные отрицательные корреляции на уровне тенденции к значимости были выявлены между SAS и результатом «Двигательного теста с фишками» ($r=-0,38$, $p=0,070$). Прослеживалась отрицательная умеренная корреляция в тесте «Башня Лондона» на 2-й неделе терапии ($r=-0,33$, $p=0,037$), сохраняющаяся при повторной оценке на 8-й неделе терапии на уровне тенденции к значимости ($r=-0,35$, $p=0,062$). Как на 2-й ($r=-0,38$, $p=0,026$), так и на 8-й неделе терапии ($r=0,40$, $p=0,014$) обнаружены отрицательные умеренные корреляции выраженности ЭПС с суммарным баллом BACS (T-score). На 8-й неделе терапии

была обнаружена обратная умеренная тенденция связи между суммарным баллом SAS и «Речевой беглостью» ($r=-0,34$, $p=0,056$).

По результатам проведенного линейного регрессионного анализа между изменениями BACS и SAS на 2-й и 8-й неделе терапии и на фоне антипсихотической терапии и приема антихолинергических препаратов, была обнаружена обратная взаимосвязь. С увеличением выраженности ЭПС когнитивные функции снижались.

Выводы. В проведенном нами исследовании была выявлена обратная умеренная связь возраста с выраженностью когнитивных нарушений по пунктам BACS. Также обнаружена слабая отрицательная корреляция продолжительности заболевания с выраженностью когнитивного дефицита по показателю BACS «Шифровка».

Данных о влиянии антихолинергических препаратов на когнитивные функции в данном исследовании обнаружено не было. Возможно, на результаты полученных корреляции повлияла относительно небольшая максимальная суточная доза принимаемого корректора (1,6 у.е. в бензтропиновом эквиваленте), а также длительность наблюдения за пациентами сроком 8 недель.

Результаты настоящего исследования установили, что экстрапирамидные и когнитивные нарушения связаны и находятся в обратной зависимости. При этом нами было обнаружено, что экстрапирамидные нарушения влияют на разные когнитивные процессы и мы предположили, что когнитивные нарушения могут иметь разную патопластическую основу.

Выявленные нами корреляции SAS и BACS не всегда обнаруживались повторно во второй точке исследования. Эти данные могут быть объяснены полученным статистически достоверным снижением суммарного показателя SAS на 8-й неделе терапии в процессе приема антихолинергических препаратов и улучшением когнитивных функций по композитному баллу BACS за 8 недель наблюдения на терапии атипичными антипсихотиками. Значимых корреляций BACS и оланзапинового эквивалента в исследовании не было обнаружено.

Таким образом, в процессе проведенного исследования, нами была подтверждена гипотеза о том, что изменения экстрапирамидных нарушений, оцененные в динамике на фоне психотропной и антихолинергической терапии, влияют на связанные с ними изменения когнитивных функции. Полученные результаты свидетельствуют о важности раннего выявления экстрапирамидных нарушений и поиска средств как для коррекции ЭПС, так и для коррекции когнитивного дефицита.

СИЛУЭТЫ ПРОГРЕССА: СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

¹Иванов М.В., ¹Гусейнова З.Т., ¹Становая В.В., ¹Тумова М.А.,

²Шошина И.И.

¹НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, ²СПбГУ

Санкт-Петербург

Последовательное развитие фундаментальных исследований в области душевного здоровья в комплексе с феноменологией психических расстройств привело к созданию клинико-биологической модели психических заболеваний. Клинико-биологическая модель устанавливает парадигму взаимосвязи между нарушениями в сфере биологических процессов и формированием основных процессуальных и аффективных дименсий в общем психопатологическом пространстве. Изучение биологических основ психических заболеваний позволяет создавать новые модели, которые способны объяснить механизмы развития психических заболеваний, выделить новые мишени для терапии и разработать методы воздействия. Актуальность выделения новых моделей эндогенных психических заболеваний подтверждается недостаточным ответом на терапию у 30% пациентов с эндогенными заболеваниями, плохим социальным прогнозом.

Целью данного исследования было изучение возможностей комплексного рассмотрения клинико-биологической модели в диагностике и терапии эндогенных психических заболеваний.

Для этого был проведен анализ литературных данных, материалов собственных исследований по выявлению сенсорных нарушений (зрительных, обонятельных, тактильных) и их связи с клиническими данными, терапии резистентных состояний с использованием лекарственных и немедикаментозных методов.

В настоящее время существует множество гипотез этиопатогенеза эндогенных психических заболеваний. Наиболее часто выделяются

генетическая, воспалительная, диатез-стрессовая, психодинамическая, биопсихосоциальная теории. Следует признать, что по мнению большинства авторов, наибольшее признание за последние годы получила биопсихосоциальная парадигма. Вероятно, это объясняется не только использованием интегративного рассмотрения (биолого/психосоциального) генеза психопатологических нарушений, но и предложенным авторами алгоритмом лечебных воздействий, предусматривающим лекарственные и психосоциальные виды лечения. В рамках этого подхода предпринимаются попытки связать клинические проявления с морфофункциональными особенностями головного мозга психически больных. Развитие современных технологий, нейровизуализации, увеличение вычислительных мощностей способствуют появлению новых данных о механизмах психических заболеваний и созданию новых методов терапии. Так в последние 10 лет активно внедряется в психиатрию для лечения эндогенных психических заболеваний транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) с навигацией и без нее. Кроме транскраниальных методов, современные нейротехнологии позволяют проводить у пациентов с проявлениями резистентности к психофармакотерапии глубокую стимуляцию отдельных зон головного мозга. Стереотаксическая хирургия стала перспективной областью нейрохирургии для лечения психических заболеваний.

Исследования нарушений восприятия у больных эндогенными психическими заболеваниями, в частности шизофренией, и их связи с психопатологической симптоматикой стали популярными в последние годы. Исследование перцептивной обработки представляется крайне важным не только в связи с частой представленностью их у больных шизофренией, но и в качестве потенциального биомаркера, отражающего актуальное психическое состояние, которое поддается объективной количественной оценке. Одна из проблем изучения процессов восприятия – это воспроизводимость результатов, многие исследования демонстрируют противоречивые данные. Предположительно, эти различия могут быть связаны с неоднородностью

исследуемых выборок, разным психическим состоянием испытуемых, влиянием терапии.

При шизофрении наблюдаются нарушения перцептивной обработки во всех анализаторах, вместе с тем акцент исследований делается на особенностях зрительной обработки. Объяснению этому служит тот факт, что нарушения процессов обработки зрительной информации наиболее часто обнаруживаются у больных шизофренией. Также немаловажно, что зрение хорошо описано с физиологической точки зрения у нормальных людей и тем самым служит значимой системой для формирования концепций перцептивной дисфункции при шизофрении. В результате проводимых нами работ было выявлено, что пациенты демонстрируют снижение контрастной чувствительности, что свидетельствует о нарушениях работы магно- и парвоцеллюлярных зрительных путей. Снижение контрастной чувствительности коррелирует с симптомами дезорганизации мышления и когнитивными функциями. Снижение восприятия контраста больными шизофренией рассматривается как пример нарушения процесса контроля усиления в зрительной системе, в частности латеральными взаимодействиями на коротких расстояниях (например, γ -аминомасляной кислотой [ГАМК]-ергическими проекциями).

Сенсорные нарушения являются достаточно частым симптомом шизофрении, своевременное выявление таких расстройств может быть важным потенциальным диагностическим и клиническим биомаркером для ранней диагностики и инструментом объективного контроля эффективности лечения. Так исследования демонстрируют «панмодальные» нарушения у больных шизофренией, в частности сходный характер изменения порогов восприятия наблюдается в тактильной, обонятельной и зрительной системах.

Обонятельные нарушения при психоневрологических заболеваниях известны давно. Существуют данные, что эти симптомы являются одними из самых ранних. Изменения порогов обонятельной чувствительности коррелировали с продуктивными и когнитивными симптомами шизофрении.

Изучение сенсорных нарушений при шизофрении ведётся не только для разработки потенциальных биомаркеров для диагностики, но и разработки методов реабилитации психически больных. Так в сравнительном исследовании визуальных и аудиальных тренингов у больных с параноидной формой шизофрении было выявлено, что пациенты, прошедшие программу для коррекции сенсорных нарушений, продемонстрировали улучшение позитивных и когнитивных симптомов шизофрении. Таким образом, современная клинко-биологическая модель в целом использоваться как основа для разработки не только новых подходов при ранней диагностике и/или терапии, но и при определении прогноза: и клинического, и социального.

Конфликт интересов. Работа выполнена при финансовой поддержке гранта РФФИ (проект № 22-18-00074).

БИО-ПСИХО-СОЦИО-ДУХОВНАЯ ПАРАДИГМА РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

Карпов А.М.

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ

Казань

В настоящее время био-психо-социо-духовная парадигма (далее – БПСДП) выделена и актуализирована руководством Российской Федерации, как наиболее адекватный и перспективный в научной и прикладной сферах деятельности. Разработка и внедрение этого подхода включены в программу фундаментальных научных исследований в РФ на 2021-2030 годы.

В Казанской государственной медицинской академии БПСДП с 1996г. разрабатывается профессором А.М. Карповым с коллективом кафедр психиатрии, психотерапии и наркологии, сотрудниками смежных кафедр и клинических баз. За 26 лет системной работы получены результаты, представляющие интерес для специалистов.

В БПСДП выделяются и соединяются 4 вида одноименных потребности человека с нормативным принципом иерархии их масштабов: от биологических, через психологические и социальные к духовным, по образу матрешки. Иерархия масштабов потребностей очевидна. Она является матрицей мировых религий, классической культуры и науки. Она заслуживает применения в качестве эталона нормы, как шаблон «человекомерности», который надо накладывать на все предложения, адресованные людям – информацию для масс; образование и воспитание; культурную продукцию – фильмы, спектакли, песни, концерты, развлечения; административные, управленческие ресурсы и др.

Первой темой развития БПСДП была разработка научно обоснованного направления оптимизации психиатрической и наркологической помощи. Разработан и реализован инновационный способ определения целей и методов оптимизации здравоохранения – перекрестное, анонимное анкетирование всех участников лечебного процесса – пациентов, врачей, медсестер, родственников пациентов. В анкетах определялась степень удовлетворения биологических, психологических, социальных и духовных потребностей участников опроса по 4-х балльной шкале. По результатам этих исследований защищена кандидатская диссертация И.В. Миндубаевым. Технология перекрестного опроса и сейчас актуальна, и перспективна для оптимизации здравоохранения.

Вторая тема исследования: биопсихосоциальное направление организации межведомственного взаимодействия в сфере профилактики наркомании. Проведено анонимное анкетирование сотрудников 5-ти министерств Республики Татарстан – здравоохранения, образования, внутренних дел, культуры, молодежи и спорта. Осмысление его результатов привело к выводу о том, что добиться межведомственного взаимодействия проблематично. Гораздо продуктивнее объединить ресурсы заинтересованной личности в формате самозащиты от наркотизации. Это определило смену направления противодействия наркомании: от межведомственного взаимодействия к самозащите на основе знаний и разумного эгоизма.

Так, третьим направлением развития БПСДП определилась самозащита от саморазрушения на основе разумного эгоизма. Итогом этой работы стала разработка и публикация серии из 10 книг «Самозащита» от алкоголизации, курения, стресса, кризиса, саморазрушения, «Самозащита психического здоровья», «Здравствуйте, если хотите» и др. Республиканские органы профилактики издавали их 7 раз. По содержанию и форме они и сейчас отвечают запросам, интересам и возможностям наших соотечественников. В 2016-2018гг. было выпущено коллективное руководство «Системная мотивация на трезвый, здоровый образ жизни».

На основе «Самозащиты» в соавторстве с педагогами-психологами создавались и внедрялись профилактические программы для подростков и молодежи. Эти программы 3 раза отмечались дипломами победителя Всероссийских конкурсов профилактических программ.

Четвертая тема: Биопсихосоциальное направление изучения самооздоровительной деятельности. Разработано теоретическое и методическое обоснование изучения самооздоровительной деятельности больных шизофренией и ее интеграции в работу служб здравоохранения. Защищена кандидатская диссертация Ж.Р. Гардановой.

Пятая тема: Био-психо-социо-духовное направление самозащиты от информационно-психологической агрессии. Разработана методика системного, 4-х этапного био-психо-социо-духовного анализа информационной продукции и распознавания ее деструктивных элементов. Эта методика самостоятельной цензуры информационной продукции, которую может осуществить любой гражданин, стала внедряться в образовательном, культурном и информационном пространстве. Она представляет собой доступный и эффективный инструмент обеспечения собственной и общественной безопасности, противодействия гибридной информационно-психологической войне.

Шестая тема: Био-психо-социо-духовное направление развития реабилитации – ответ на накопление в населении большого количества проблемных пациентов с зависимостями от алкоголя, наркотиков, игр,

коррупционной деятельности актуализировало повышение эффективности реабилитации этого контингента. Разработана концепция программы «7 ступеней к свободе от зависимостей» силами творческого коллектива 13-ти авторов из 8-ми учреждений с участием кафедры КГМА и врачей РКНД. Эта концепция отвечает запросам, условиям, целям и задачам современной ситуации. Она насыщена образовательными, воспитательными, и мотивационными элементами, наукоемкая и мультидисциплинарная. В 2022 году принята для внедрения ФСИН России.

Седьмая тема развития БПСДП: «Биопсихосоциальный анализ психических расстройств у заемщиков кредитов». Активное кредитование населения России привело к появлению миллионов заемщиков, не имеющих возможностей для погашения кредитов. Задолженности стали хроническим стрессом, способствующим росту психических расстройств у заемщиков. Этот новый вызов для психиатров и психотерапевтов разработан в формате кандидатской диссертации О.В. Захаровой.

По рекомендации Правительства Республики Татарстан кафедра стала разрабатывать восьмую тему: Био-психо-социо-духовное направление профилактики экстремизма. Издана коллективная монография «Системная био-психо-социо-духовная профилактика радикализма, экстремизма и терроризма», учебно-методическое пособие «Самозащита от вовлечения в массовые протестные мероприятия и экстремистские организации» и тренинговая программа «Защита психического здоровья молодежи и противостояние деструктивным воздействиям». По этим программам ежегодно проводятся циклы занятий для аспирантов и ординаторов КГМА, а также специалистов образования и молодежной политики.

Девятая тема разработки БПСДП: Помощь в кризисных состояниях. Пандемия коронавирусной инфекции 2019-2022гг. и масштабные меры противодействия ей, стали причиной психологической и социальной дезадаптации миллионов здоровых, неинфицированных людей, и, в итоге, роста кризисных состояний и распространенности психических расстройств. Кафедрой изданы

учебно-методические пособия «Особенности адаптации в условиях вынужденной самоизоляции» и «Саногенетическая саморегуляция».

Десятое направление разработки БПСДП: Феномен счастья в контексте био-психо-социо-духовного подхода. Издана одноименная монография, признанная лучшей монографией КГМА 2021 года. Авторы раскрывают биологические, психологические, социальные и духовные составляющие счастья; смыслы, цели, задачи, способы, инструменты, ресурсы и возможности объединения людей на основе самой общей для людей потребности в счастье. Эта мечта была во все времена. В настоящее время она поддерживается самой авторитетной международной организацией – ООН.

Большой опыт применения системного био-психо-социо-духовного подхода в психиатрии, наркологии и психотерапии показал его адекватность для конструктивного анализа ситуаций, для разработки технологий комплексных, мультидисциплинарных решений актуальных задач не только в здравоохранении, но и в других сферах жизни людей, для улучшения качества управления, гармонизации взаимодействия государства и общества.

СОМАТИЧЕСКИ НЕОБЪЯСНИМЫЕ СИМПТОМЫ В СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Кекелидзе Д.З., Шмилович А.А.

ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ», ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Москва

Психосоматические жалобы являются актуальной проблемой в ежедневной практике врачей-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов.

Подобные состояния имеют множество синонимичных наименований: атипичные жалобы, идиопатические боли, медицински необъяснимые симптомы, соматоформные расстройства и др. Общим для вышеуказанных терминов является отсутствие органической патологии: по результатам тщательного осмотра и инструментальных исследований не удаётся выявить

клинически значимые изменения, которые могли бы объяснить происхождение имеющихся жалоб.

Несмотря на отсутствие органической патологии, пациенты часто подвергаются различным необоснованным медицинским вмешательствам, как консервативным, так и хирургическим. Однако проводимая терапия может не только не оказать положительного эффекта, но и существенно ухудшить соматическое и психическое здоровье пациента, по сути, нося ятрогенный характер.

Ввиду отсутствия облегчения своего состояния, пациенты продолжают обращаться в различные медицинские учреждения, настойчиво требуя оказания помощи.

Целесообразным является обучение стоматологов и челюстно-лицевых хирургов с целью выявления пациентов с атипичной симптоматикой и их перенаправления к врачу-психиатру для проведения дифференциально-диагностической консультации и, при необходимости, начала соответствующего лечения.

Своевременное оказание психиатрической помощи пациентам с соматически необъяснимыми симптомами может существенно улучшить их психическое состояние, редуцировать имеющуюся симптоматику, тем самым повысить качество жизни, а также снизить нагрузку на медицинские учреждения стоматологического и хирургического профилей.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Колкова К.М., Пичиков А.А., Попов Ю.В.

ФГБУ «НМИЦ им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ

Санкт-Петербург

Введение. Расстройства пищевого поведения (РПП) относятся к категории заболеваний, выделяемых как поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами в соответствии с МКБ-10, для которых характерно специфическое поведение в отношении пищи. При этом для РПП, в том числе, для нервной анорексии (НА) и нервной булимии (НБ), характерно особое отношение к пище не только на поведенческом уровне, но и на уровне когнитивных установок и эмоциональных переживаний в отношении пищи. Дефицит обращенности к ценностям является серьезной проблемой терапии РПП: большинство пациентов даже не могут представить себя вне болезни, кем они станут в случае излечения, и в чем будет заключаться смысл их жизни.

Актуальность изучения особенностей ценностно-смысловой сферы личности обусловлена высокой значимостью формирования на ее основе мотивации пациентов с РПП, что может иметь большое значение для повышения эффективности оказываемой данной категории пациентов помощи, а также включения данного аспекта в психопрофилактические программы, направленные на уменьшение распространенности и тяжести расстройств пищевого поведения и нарушений образ тела.

Цель исследования: выявление особенностей ценностно-смысловой сферы личности у женщин, страдающих РПП.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 47 лиц женского пола в возрасте от 18 до 45 лет. Клиническая выборка составила 22 человека, из которых: 15 пациентов с диагнозом НБ; 7 пациентов с диагнозом НА. Выборка контрольной группы составила 25 человек. Средний возраст, как в контрольной группе, так и в группе РПП составил 25 лет. Проверка различий между исследуемыми группами осуществлялась с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни для выявления значимых различий тестовых группы в сравнении с группой нормы, а также – тестовых подгрупп между собой (РПП/контрольная группа; НА-контрольная группа; НБ-контрольная группа; НА-НБ). Для выявления связей был использован непараметрический

коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Статистические расчеты производились с помощью программы «SPSS Statistics 22». В соответствии с поставленными задачами исследования, изучение предмета работы осуществлялось с использованием набора методик, направленных на выявление различных аспектов ценностно-смысловой сферы (оценка значимости групп ценностей и их иерархия, а также восприятие испытуемыми самооценности как одной из значимых сторон ценностно-смысловой сферы). В работе были использованы следующие методики: методика диагностики ценностей Ш. Шварца, адаптация В.Н. Карандашева; личностный дифференциал Ч. Осгуда, адаптация ФГБУ НМИЦ ПН им. Бехтерева; шкала экзистенции А. Лэнгле, К. Орглер, адаптация И.Н. Майниной; тест экзистенциальных мотиваций А. Лэнгле, П. Экхард, адаптация В.Б. Шумского с соавт.; опросник способов совладающего поведения Р. Лазаруса, адаптация ФГБУ НМИЦ ПН им. Бехтерева.

Результаты и их обсуждение. В соответствии с целью работы в ходе эмпирического исследования были проверены гипотезы в отношении особенностей ценностно-смысловой сферы личности у женщин, страдающих РПП. Было выявлено, что существуют особенности ценностно-смысловой сферы в группе РПП в сравнении с контрольной группой. В группе РПП более важными являются ценности групп власти и достижений, менее важными – конформности и доброты. Самодисциплина и удовлетворение желаний более важны для женщин с РПП в сравнении с контрольной группой, при этом самооценка у них значимо более низкая. Наблюдается тенденция к использованию стратегии конфронтации в большей мере, нежели это характерно для женщин без РПП. Было выявлено, что существуют особенности ценностно-смысловой сферы в группе НА в сравнении с контрольной группой. Для пациенток с НА более важны ценности групп достижений и власти, менее важны – доброты и универсализма. Самодисциплина и социальное признание более важны при НА в сравнении с нормой, социальная справедливость – менее важна в сравнении с контрольной группой. Женщины с НА склонны негативно относиться к себе, испытывать

неудовлетворенность в отношении своего поведения, уровня достижений, особенностей личности, демонстрируя недостаточный уровень принятия по отношению к себе. При этом женщины с НА обладают сравнительно низкой способностью к самодистанцированию, чрезмерно фокусируясь на собственных ощущениях, переживаниях и сиюминутных желаниях.

В результате исследования было подтверждено, что существуют особенности ценностно-смысловой сферы в группе НБ в сравнении с контрольной группой. У них наблюдается более низкое место в иерархии ценностей группы доброты. При НА имеется более выраженное отличие в восприятии ценностей от контрольной группы, нежели при НБ. При этом для женщин с НБ выявлена выраженная склонность к использованию копинг-стратегии бегства-избегания. Женщины с НБ в стрессовых ситуациях склонны к отрицанию или игнорированию проблем, нетерпению, пассивности, вспышкам раздражения, а также употреблению алкоголя и перееданию. Важным направлением коррекции высокой аффективности при НБ может быть работа с базовыми ценностно-смысловыми структурами бытия – свободой и ответственностью. В группе РПП не было выявлено значимых различий по показателям экзистенциальности и экзистенциальной исполненности в целом и по шкалам, соответствующим переживанию самооценности. Достоверные различия были получены по шкале «Оценка», указывающей на недостаточный уровень самопринятия пациенток с РПП, что является одним из наиболее значимых направлений психотерапевтической работы с данной категорией пациентов. Для коррекции поведенческих нарушений, характерных для РПП, можно использовать более проявленные в сравнении с нормой ценности для решения терапевтических задач. Самодисциплина может использоваться для соблюдения процедур и предписаний лечения, социальное признание и ориентировка на достижения – для актуализации широкого круга ценностных ориентиров и снижения сверхценности идеи соответствия своей внешности недостижимому и вредному для здоровья идеалу, смелость – при формировании мотивации к изменениям. Также представляется значимым направление работы

по повышению ценности интеллектуального богатства и ответственности, к чему также могут быть привлечены те индивидуальные особенности, которые характерны для женщин с РПП.

Выводы. Диагностика ценностно-смысловой сферы личности в ходе проведенного исследования и последующее сравнение групп между собой подтвердила гипотезы о наличии у женщин с РПП особенностей, находящих отражение в структуре ценностей как на уровне нормативных ценностных идеалов, так и на уровне ценностных ориентиров, выступающих в качестве руководящих принципов мотивации. В группе пациенток, страдающих НА, выявлено больше достоверных различий в системе ценностей по сравнению с женщинами, страдающими НБ, при сравнении каждой из групп пациенток с группой нормы. Данный результат может свидетельствовать о большей деформации ценностно-смысловой структуры при НА в сравнении с НБ, однако нуждается в дальнейшей эмпирической проверке, поскольку исследование проводилось на небольшой выборке и группы пациенток с НА и НБ были неравными по размеру. Ценности и смыслы представляют важную часть структуры личности, связаны с переживанием жизненной удовлетворенности и влияют на формирование мотивации. Необходимо учитывать ценностно-смысловые особенности пациентов с РПП при создании психопрофилактических программ, выстраивании плана комплексного лечения в целом и психотерапевтического процесса в частности.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНДЕРНЫМ НЕСООТВЕТСТВИЕМ

Кременицкая С.А.^{1,2}, Макарова Е.В.^{1,2}, Соловьева Н.В.^{1,2}

1. Научный центр персонализированной психиатрии (Scientific Center of Personalized Medicine),

2. ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» г.Москва (FSSBI «N.A.Semashko National Reserch Institute of Pablic Health»

Москва

Цель. Составить социо-демографический портрет пациентов с гендерными нарушениями, обратившихся в «Научный центр персонализированной медицины» г.Москва с 2014 по декабрь 2020 года с целью получения медицинской помощи и запросом на допуск к гендерно-аффирмативным мероприятиям.

Задачи исследования: 1. Изучить некоторые социально-демографические показатели (возраст на момент первичного обращения, образовательный уровень) в группах MtF (Male-to-female) и FtM (Female-to-male).

2. Определить средние значения возраста начала гендерного несоответствия, принятия себя трансперсоной и шагов по коррекции гендерного несоответствия для каждой группы.

3. Анализ особенностей сексуального опыта и брачных отношений.

4. Проанализировать уровень суицидальной активности в группах.

Материалы и методы. Был проведён ретроспективный анализ **926** карт пациентов с расстройством половой идентификации (МКБ-10: F64.0-F64.9, по критериям МКБ-11:НА6 – гендерное несоответствие).

Результаты: Соотношение по гендерному признаку: MtF, n=411 (44,38%), FtM, n=515чел (55,62%). Средний возраст обращения составил 26,2 лет (от 13 до 65 лет). Для MtF: 27,9 года (от 15 до 65), для FtM: 24,85 лет (от 13 до 47 лет).

Первые признаки гендерного несоответствия, ощущение себя лицом не своего пола, отрицание приписанного при рождении пола, большинство пациентов отмечали с пре- и парапубертатного периодов по Г.С. Васильченко (до 13 лет), в среднем с 9,3 лет для 926 чел (от 2-х до 45 лет), для MtF: 10,6 лет (от 2-х до 45 лет), для FtM: 9,3 лет (от 3 до 40 лет).

При этом, принятие себя трансгендерным человеком у этих людей происходило гораздо позже: в среднем в 18,44 лет (от10 до 64 лет), для MtF: 19,9 лет (от 10 до 64 лет), для FtM: 17,2 лет (от 10 до 40 лет). Шаги по смене пола предпринимались позже, в среднем в 22,5 года (от 12 до 64 лет), для MtF: 24,22 года (от 13 до 64 лет), для FtM: 21,2 года (от 12 до 47 лет).

Среди всех пациентов, обратившихся по поводу гендерного несоответствия, 40 человек (4,15%) не соответствовали критериям диагностики F64.0 или F64.2 (НА60, НА61) и были представлены разнородной группой заболеваний, симптомом которых являлись потенциально обратимые идеи «сменить пол». Средний возраст данных пациентов на момент обращения составил 29,9 лет (от 18-64лет), возраст первых симптомов гендерной дисфории у данной группы составил в среднем 18,45лет (от 18 о 64 лет), соотношение MtF, n=27 (67,5%), FtM, n=13 (32,5%), что отличается от показателей общей группы в сторону проявления гендерного несоответствия позже 18 лет, что более характерно для дебютов эндогенных заболеваний.

Как правило, среди обратившихся лиц большинство выросло в полной семье: у 82,02% человек было двое родителей, один родитель – у 15,08%, а 2,09% были сиротами.

Подавляющее большинство пациентов с гендерными нарушениями (85,8%) на момент обращения уже жили в социальной роли желаемого гендера от полугода до 30 лет (в среднем 3,05 лет), носили соответствующую одежду, аксессуары, прически, говорили о себе в соответствующем гендере, что частично компенсировало их состояния гендерной дисфории. Среди них доля MtF и FtM составила 41,51% и 58,49%. При анализе данных показателей в группе пациентов, не соответствующих критериям F64.0, лишь 35% (n=14) жили в социальной роли в среднем 1,26 лет.

Среди всех трансгендерных пациентов n=463чел (50%) уже принимали заместительную терапию по личной инициативе, половыми гормонами желаемого пола от 1 месяца до 20 лет, среди них доля MtF – 65,4%, FtM 34,6%. Средний срок гормональной терапии для MtF составил 25 месяцев и 8 месяцев для FtM. Данная картина представляется тревожной, так как пациенты начинают принимать гормональные препараты без медицинского сопровождения.

Лица, обратившиеся по поводу гендерных нарушений, отличались разным уровнем образования. Превалировало высшее образование (44,2% пациентов, n=410) и среднее специальное (22,3%, n=206). Из всей выборки

15,5 % (n=143) были студентами высших учебных заведений, 2,3% (n=21) – школьниками, 15,7% (n=128) имели только среднее образование, не приступали к дальнейшему обучению до смены документов на желаемые гендерные данные.

Из всей группы трансгендерных пациентов работало 94,0% человек (n=870). В выбранных областях профессиональной деятельности преобладали те, которые позволяют работать удаленно, минимизируя социальный контакт. Часто при высоком уровне образования трансгендерные люди занимаются малоквалифицированным трудом в связи со сложностью трудоустройства, нетолерантным отношением работодателей.

В официальном браке состояло 13,2% транс-людей (n=123): 77,2% из них MtF (n=95) и 22,8% FtM (n=28). Как гражданский брак свои отношения оценивали 34,6% пациентов (n=321): 113 MtF и 208 FtM. Детей имели 7,8% (n=72), всего 102 ребенка. Больше половины детей имели родителей MtF(73%).

Из всех пациентов 64% (n=592) на протяжении жизни переживали этапы адаптации в биологическом поле, «переделки себя», что сопровождалось эпизодами аутоагрессии, депрессивными переживаниями и суицидальными попытками.

Большая часть трансгендерных пациентов имела в прошлом или на момент обращения депрессивный эпизод (83%), примерно у трети (38%) отмечалась аутоагрессия (порезы). Попытки суицида зафиксированы у 11,7% пациентов (n=109), при этом количество суицидальных попыток составляет 125, что больше 1 попытки на человека. При наличии социального принятия и поддержки, отмечалось значительное снижение суицидальной активности. Так, частота суицидальной активности в анамнезе при благоприятном социальном окружении и поддержке составила 11,9% у MtF и 0,07% у FtM. При отсутствии поддержки и принимающего окружения, частота суицидальной активности составляет 27,5% у MtF и 27% у FtM.

Выводы. В общей выборке незначительно преобладают трансмаскулинные пациенты, (FtM). Пациенты с гендерными нарушениями имеют высокий уровень образования, но вынуждены работать на

низкоквалифицированных видах труда, уровень профессиональной и социальной адаптации зависит от социального окружения. Часть пациентов не продолжает обучение до смены документов на желаемые данные. Половина обратившихся находится на гормональной терапии по личной инициативе без медицинского сопровождения, что является рискованным для здоровья. Более 80% имеет опыт социального функционирования в желаемой гендерной роли. Первые признаки гендерного несоответствия отмечаются с допубертатного периода, с опережением в группе FtM. Принятие себя трансперсоной происходит в среднем после 18 лет. Шаги по снижению гендерной дисфории и получению специализированной помощи, как правило, совершаются после 20 лет. Несмотря на понимание своей особенности, большая часть пациентов переживала этапы адаптации в биологическом поле, что показано в опыте брачных отношений и родительстве. Наличие в анамнезе браков и рождение детей повышают частоту суицидальной активности у лиц MtF и коморбидности у обеих групп, что доказывает неэффективность попыток адаптации в биологическом поле. Системный стресс значительно повышает уровень депрессивных переживаний, аутоагрессии и суицидальной активности. В группах пациентов с гендерными нарушениями при благоприятном социальной окружении уровень суицидальной активности снижается в 2-3 раза, по сравнению с группами, не получающими поддержки. Пациенты с поздним возрастом первичных гендерных нарушений (после 18 лет) требуют дифференциальной диагностики с эндогенным процессом.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ С ГЕНДЕРНЫМ НЕСООТВЕТСТВИЕМ

Кременицкая С.А., Соловьева Н.В.

Научный центр персонализированной медицины

Москва

Проблемы организации помощи людям с гендерным несоответствием становятся с каждым годом все актуальнее из-за выхода из тени людей с гендерным несоответствием и их возрастающей социальной активности. Также возросло использование ими различных медицинских процедур, приводящих внешний вид в соответствие с гендером (гендерно-аффирмативных мероприятий). При этом это делается как по назначению врачей, так и самостоятельно.

Помощь при гендерном несоответствии на сегодняшний день в Российской Федерации осуществляется медицинскими, немедицинскими организациями, индивидуальными предпринимателями и самозанятыми специалистами, государственными, муниципальными, частными и некоммерческими структурами. Также есть различные формы само- и взаимопомощи людей с гендерным несоответствием друг другу.

При этом отсутствует единая организация помощи на уровне страны или регионов. Это обусловлено рядом причин. Первая и главная причина: базовая подготовка специалистов (врачей, психологов, юристов и пр.) в вопросах гендерного несоответствия. Например, учебные программы для врачей не предусматривают ни одного часа, посвященного этой теме. Вторая причина – стигматизация трансгендерных людей, которые воспринимаются традиционным обществом негативно. Третья причина – отсутствие единого диагностического алгоритма, нет признанных инструментов для оценки гендерной идентичности.

Диагностика трансгендерности, как правило, представляет собой непростую задачу. В России, как и в других странах, специалисты ориентируются на международные медицинские стандарты помощи трансгендерным людям 7-го пересмотра. Из нормативной базы РФ существует стандарт первичной медико-санитарной помощи при расстройствах половой идентификации (состояния декомпенсации) в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета), утвержденный приказом Минздрава России № 1221н от 20 декабря 2012 года, а также приказ Минздрава России № 850н от 23 октября 2017 года «Об

утверждении формы и порядка выдачи медицинской организацией документа об изменении пола». Отечественные документы крайне скудно освещают, как должна быть организована медицинская помощь при гендерных нарушениях, а международные стандарты, напротив, предоставляют, очень широкий спектр медицинских и психосоциальных вмешательств, что затрудняет их выбор практикующими специалистами нашей страны.

Следствием отсутствия единой организации помощи на уровне страны или регионов являются низкая доступность специализированной, общемедицинской, психосоциальной и правовой помощи трансгендерным людям, высокий риск их аутоагрессивного, деструктивного и социально-депривационного поведения.

Возможностью в плане организации помощи людям с гендерным несоответствием на сегодня представляется методическая и регуляторная работа, которая бы позволила обеспечить сохранение жизни и здоровья трансгендерных лиц, а также создать условия их адекватной самореализации и интеграции в обществе.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Крынский С.А., Пономарева Е.В.

ФГБНУ НЦПЗ

Москва

Необходимость ранней диагностики болезни Альцгеймера на додементной стадии признается мировым научным сообществом задачей первостепенной значимости. Особое внимание исследователей направлено на разработку и внедрение в медицинскую практику доступных и недорогостоящих диагностических маркеров БА, определяемых в сыворотке периферической крови.

Цель исследования: установить клинико-биологические корреляты прогноза прогрессирования когнитивного дефицита и развития деменции у пожилых лиц с синдромом мягкого когнитивного снижения (МКС).

Материал и методы. Когорта из 252 пациентов в возрасте 60 и старше лет, соответствующих критериям диагностики синдрома МКС амнестического типа, прослеженных на протяжении 3 лет с применением психометрических, психопатологических и иммунологических подходов. Психометрический оценочный комплекс включал следующие шкалы и тесты: Мини-тест оценки когнитивных функций (MMSE, MoCA, тест произвольного запоминания 10 слов, Бостонский тест называния, тест рисования часов, тест запоминания 5 геометрических фигур, тест Бентона, субтест «звуковые» ассоциации и субтест «категориальные» ассоциации, общая шкала Маттиса, тест Мюнстерберга. В рамках исследования у всех пациентов определяли уровень цитокинов (TNF α , IL-1, IL-6, IL-8, IL-10) в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты. Установлена прогностическая значимость исходных клинических и иммунологических показателей для выделения пациентов с неблагоприятным течением – с выраженным нарастанием когнитивного дефицита или переходом в деменцию в течение ближайших 3 лет и у пациентов, не имеющих риска прогрессирования когнитивного дефицита на протяжении этого периода, а также у пожилых с синдромом МКС, у которых риск нарастания когнитивного дефицита был минимальным. Наличие наследственной отягощенности, среднего образования, некогнитивных расстройств и хронического системного воспалительного ответа (повышение уровня провоспалительных цитокинов IL1, IL6, IL8, TNF α) прогнозирует прогрессирование когнитивного дефицита или переход в деменцию на протяжении ближайших трех лет. В свою очередь, повышение уровня противовоспалительных интерлейкинов (IL10) было выявлено среди пациентов с последующим улучшением когнитивного функционирования. В ходе исследования было показано, что различная динамика прогрессирования

синдрома МКС коррелирует с различными исходными иммунными профилями пациентов.

Заключение. В отсутствие диагностических маркеров доступных для массового обследования пожилого населения, возможно применение интегративных показателей уровня риска перехода МКС в деменцию на основе клинико-иммунологических показателей и разработки на их основе различной тактики ведения пациентов с додементными когнитивными нарушениями.

РИСКИ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЙ ПО ПРОИЗВОДСТВУ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Кузьмина С.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Казань

Основной причиной высокой частоты развития неинфекционных заболеваний является большая распространенность предотвратимых факторов риска, воздействие факторов среды обитания, негативно влияющих на здоровье, среди которых существенную роль играет наличие небезопасных условий труда. Согласно Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации (РФ) на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента РФ от 6 июня 2019г. N 254: во всем мире наблюдается рост тревожных и депрессивных состояний, риск возникновения которых напрямую связан с социально-психологическими факторами. Современные подходы к ранней диагностике психических расстройств во многом связаны с вопросами стандартизации и операционализации диагностического процесса, а также поиска биомаркеров психических заболеваний.

Цель исследования: определение групп производственных и непроизводственных факторов риска формирования психической дезадаптации у работников химических производств.

Материалы и методы: комплексное обследование состояния психического здоровья работников химических производств методом сплошного профилактического исследования. Первая группа (n=673) включала работников основных профессий производства органического синтеза, вторая группа (n=201) работники производства порохов, третья (n=352) группа условного контроля (химические факторы производства отсутствуют). Проведены: клинические методы исследования, анализ анамнестических, наследственных факторов, проведено: клиническое структурированное психиатрическое интервью; анкетирование с целью выявления дополнительных производственных факторов риска; оценка невротических состояний с использованием опросника для их выявления (Яхин К.К., Менделевич Д.М.). Вычисления проводились в среде статистической системы R. Для моделирования зависимостей и вычисления вероятностей строились логистические регрессионные модели, доверительные интервалы и стандартные ошибки вычислялись для уровня значимости 5% штатными средствами системы R.

Результаты. Согласно гигиеническим характеристикам, работники первой группы подвергаются комплексному воздействию химических факторов, производственного шума и эмоциональным перегрузкам; лица, работающие на производстве порохов, подвергаются комплексному воздействию химических веществ и напряженности трудового процесса. Группа условного контроля соответствует допустимым условиям труда.

Полученные результаты свидетельствуют, что удельный вес лиц с психической дезадаптацией в основной и контрольной группах достоверно отличаются между собой ($p \leq 0,05$). Полученные методом сравнения непараметрических данных Уилкоксона-Манна-Уитни результаты показали достоверно выраженные гендерные различия по всем шкалам психической дезадаптации. Это подтверждает многочисленные мировые данные о большей психической уязвимости женщин при воздействии внешних факторов. Анализ характера временной связи между воздействием неблагоприятных

производственных факторов и периодом появления нарушений здоровья показал следующее: стажевые группы: 1-4 года; 5-14 лет; 15 лет и более. Как показало исследование, наиболее высокие шансы развития психической дезадаптации в условиях хронического воздействия химических веществ, сочетающиеся с работой во взрыво- и пожароопасных производствах, были выявлены у работников с профессиональным стажем 1-4 года ($0,750 \pm 0,217$). Вероятность формирования психической дезадаптации относительно группы контроля значительно выше среди лиц со стажем до 4 лет среди работников производства порохов ($p \leq 0,005$), что можно объяснить формированием психического расстройства и уходом этих лиц из профессии. Внутри основных групп вероятность формирования нарушений психического здоровья достоверно снижается к 5-14 году работы ($0,394 \pm 0,085$, $p \leq 0,005$). Начиная с 15 года работы вероятность формирования ментальных расстройств вновь нарастает ($0,450 \pm 0,056$). Анализ влияния возраста, как временной характеристики и потенциального фактор риска, продемонстрировал: по сравнению с группой от 20 до 30 лет, вероятность формирования дезадаптации к возрастной группе 31-40 лет снижается в 1,5 раза (от $0,500 \pm 0,000$ у лиц до 20 лет, к $0,400 \pm 0,219$ в группе 21-30 лет до $0,267 \pm 0,114$). Таким образом, можем сделать вывод, что наиболее устойчивыми к формированию нарушений ментального здоровья являются работники 31-40 летнего возраста. В старшей возрастной группе (41-50 лет) вероятность формирования донозологических психических расстройств начинает увеличиваться и достигает максимальных значений к 51-60 годам ($0,525 \pm 0,065$), затем резко снижаясь в 2,27 раза (до уровня вероятности $0,231 \pm 0,117$). Среди работников производства порохов, влияние такого временного фактора, как стаж, полученные данные могут свидетельствовать о смене профессии или раннем выходе на пенсию лиц, работающих в условиях воздействия комбинированного химического фактора и фактора эмоционального напряжения, что и обуславливает снижение вероятности формирования дезадаптации в более старших возрастных группах.

Не только производственные факторы в целом, но и временные характеристики производственного воздействия, обуславливают как общие, так относительно разные механизмы дезадаптации. Выявленные особенности формирования нарушений ментального здоровья, коррелирующие с временными и производственными факторами, позволяют утверждать, что применение комплекса донозологической диагностики, с учётом специфических, характерных для конкретных условий производственной деятельности вариантов психической дезадаптации, могут быть использованы в ходе периодических медицинских осмотров.

Выводы. Риск формирования психической дезадаптации у работников производства химических веществ определяется особенностями воздействия вредных факторов производства и эволюционирует в зависимости от временных характеристик (стажа работы во вредных производственных условиях и возраста). Выявленные расстройства ментального здоровья подтверждают гипотезу о формирующейся парадигме единого подхода к профилактике ментальных нарушений для здорового долголетия и сохранения работоспособности с учётом тенденции к повышению пенсионного возраста, которая требует полного здоровья, по определению ВОЗ.

ОТНОШЕНИЕ ЧЛЕНОВ ОБЩЕСТВА САМОПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ И ИХ БЛИЗКИХ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Куликов А.Н., Любов Е.Б.

Московский НИИ психиатрии – филиал

«НМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ

Москва

Актуальность. Пациенты и родственники, члены Общероссийской Общественной Организации Инвалидов «Новые возможности», представляют авангард социально восстанавливаемых пациентов, оставаясь в группе риска суицидального поведения (СП). Их позиция недостаточно изучена и учтена при разработке антикризисных лечебно-реабилитационных программ.

Цель исследования. Изучение позиции к СП членов общества самопомощи «Новые возможности».

Материалы и методы. Разработан оригинальный полуструктурированный онлайн-опросник. С целью его усовершенствования сформирована и анализированы результаты опроса фокус-группы, суммарная выборка которой составила (n=22) из пациентов (n=9, или 41%) и их близких 13 (59%) из Москвы, Нижнего Новгорода, и Санкт-Петербурга. Все опрошенные – горожане 25-65 лет, у большинства 13(59%) высшее, у 9 (41%) среднее, среднее специальное образование.

Среди пациентов 8 (89%) мужчин. Пять (56%) пациентов на пенсии по заболеванию, трое (33,3%) работают.

Большинство 8(89%) пациентов более 10 лет наблюдаются в ПНД, почти ¼ (23%) – инвалиды с детства.

Родственники пациентов представлены в основном их родителями 11 (84,6%), большинство опрошенных составили – женщины 12 (92%) человек. Двенадцать (92%) человек работает по специальности, двое (15%) на пенсии по возрасту.

Результаты. Доля совершавших суицидальные попытки и несуйцидальные самоповреждения среди пациентов – 6 (67%), у 4 (44%) пациентов случаи СП у родственников. Отмечено СП у родственников пациентов: 1 (8%) родственник совершал ранее суицидальные попытки, 2 (15%) совершали несуйцидальные самоповреждения, у 6 (46%) родственников пациентов были случаи СП в семье.

Четыре (44%) пациента и 8 (62%) родственников пациентов указывают на наличие у них депрессивной симптоматики в последний месяц.

На типичные вопросы опросника: «Одиночество могло бы стать ДЛЯ МЕНЯ поводом для самоубийства?» «Я мог бы подумать о самоубийстве при тяжелой неизлечимой болезни? У человека есть право на самоубийство?» «Любой из нас может покончить с собой?» Большинство респондентов ответило: сомневаюсь, зависит от многих обстоятельств.

Выводы. Проведенный анализ говорит о возможном высоком суицидальном риске в данной группе.

Важно отметить, что высок и процент суицидального поведения в семьях, среди родных и знакомых.

Приходится констатировать, что большинство ответов амбивалентны. При этом не прослеживается связи между ответами пациентов с суицидальным опытом и пациентов без суицидального опыта. Так же не прослеживается разница между ответами пациентов и ответами родителей.

Все это говорит о том, что несмотря на высокий суицидальный риск и значительное число суицидальных попыток в окружении, тема суицида закрытая тема, на которую не думают и стараются не обращать внимание. Эта тема скорее вытесняется. Это показывает неготовность как пациентов, так и их родственников к встрече с суицидогенной ситуацией.

Для проведения исследования требуется более конкретизировать вопросы опросника и, может быть, использовать дихотомию ответов.

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ МЫСЛЯМИ

Курасов Е.С., Марков А.В., Фокин А.С., Шамрей В.К.

ООО «АВА-ПЕТЕР», ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М.

Кирова» МО РФ, Благотворительный фонд «Диакония»

Санкт-Петербург

Введение. В последние годы на территории РФ отмечается рост числа потребителей синтетических катинонов, и параллельный рост смертности в их среде от суицидов (Самсонова Г.М. и др., 2020). Отмечается, что суицидальное поведение у потребителей синтетических катинонов является второй по частоте встречаемости причиной смерти (Бадретдинов У.Г. и др., 2020). При этом суицидальный риск повышается не только от систематического приема, но и от

эпизодического (Хохлов М.С., 2019). Все вышеперечисленное указывает на необходимость выявления факторов риска суицидального поведения, в том числе и анамнестических, с целью дальнейшей превенции.

Цель исследования. Изучить анамнестические особенности потребителей синтетических катинонов с суицидальными мыслями.

Материалы и методы. В исследование были включено 104 пациента, находившихся на реабилитации в связи с зависимостью от синтетических катинонов. Критериями включения пациентов в исследование были: срок трезвости от 3-х недель до 6 месяцев, добровольное согласие на исследование. Не включались в исследование пациенты с сопутствующими соматическими, неврологическими и психическими заболеваниями, а также с симптомами, характерными для абстинентного синдрома.

В ходе исследования пациенты были разделены на две группы. В 1-ю группу (основная) были включены пациенты ($n=29$) с суицидальными мыслями в течение последнего месяца перед началом исследования. Ко второй группе (сравнения) отнесены все оставшиеся пациенты ($n=75$).

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью статистических программ «Microsoft Excel 2010» и «Statistica для Windows». Сравнение между группами по количественным показателям проводилось с помощью критерия Манна-Уитни, а по номинальным с помощью критерия хи-квадрата Пирсона и точного критерия Фишера.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов основной группы исследования составил $26,1 \pm 6,9$ года, группы сравнения – $30,7 \pm 6,1$ года ($p=0,0014$). Средний срок трезвости пациентов основной группы исследования – $8,6 \pm 5,0$ месяцев, 2-й группы – $10,4 \pm 6,3$ ($p \geq 0,05$). Средний стаж употребления – $27,4 \pm 22,0$ и $28,2 \pm 26,3$ месяцев ($p \geq 0,05$). По соотношению полов также статистического различия не выявлено (75,9% лиц мужского пола в первой группе и 80,0% во второй).

В основной группе исследования лиц с высшим образованием было значимо ($p=0,03$) меньше – 6,9% ($n=2$), чем в группе сравнения – 26,7% ($n=20$).

Пациенты основной группы исследования чаще ($p=0,032$) использовали сочетанное употребление α -ПВП и мефедрона и реже ($p=0,004$) только α -ПВП. В связи с этим, пациенты из основной группы чаще использовали интраназальный прием СК: 27,6% ($n=8$) и 8,0% ($n=6$), ($p=0,009$). По остальным способам приема (курение и в/в) статистических различий между группами получено не было. Также пациенты основной группы значимо чаще ($p=0,00001$) проходили лечение в психиатрических стационарах, в тоже время по наркологическим стационарам различия статистически оказались не значимы. По таким показателям, как семейное положение, характеристика семейных взаимоотношений, наличие в анамнезе ЧМТ, отягощенная наследственность, трудовой статус, наличие судимостей, статистически значимых различий между группами получено не было.

Заключение. Таким образом, среди потребителей синтетических катинонов пациенты с суицидальными мыслями оказались моложе, среди них было меньше лиц с высшим образованием, они чаще сочетали прием α -ПВП и мефедрона, реже только α -ПВП, предпочитали интраназальный способ введения наркотиков (так как мефедрон преимущественно принимается интраназально) и чаще находились на лечении в психиатрических стационарах. Планируется продолжение исследования, в том числе за счет увеличения выборки для улучшения достоверности результатов.

**КОРРЕЛЯЦИЯ НАРУШЕНИЙ СНА С АФФЕКТИВНЫМИ
НАРУШЕНИЯМИ И ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ВЛЕЧЕНИЕМ К ПАВ НА
ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С
ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ**

Курасов Е.С., Марков А.В., Фокин А.С., Шамрей В.К.

*ООО «АВА-ПЕТЕР», ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М.
Кирова» МО РФ, Благотворительный фонд «Диакония»*

Санкт-Петербург

Нарушения сна у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) встречаются на всех этапах болезни и зачастую могут служить триггером для рецидива заболевания. Отмечается, что инсомнические нарушения у пациентов наркологического профиля могут встречаться даже через несколько месяцев после отмены ПАВ. Своевременная диагностика и адекватное лечение нарушений сна может оказать положительное влияние на стабилизацию ремиссии у данной категории пациентов.

Цель исследования: изучение корреляций нарушений сна с аффективными нарушениями и патологическим влечением к ПАВ у пациентов с зависимостью от синтетических катинонов на этапе становления ремиссии.

Материалы и методы. В исследование были включены 104 пациента с зависимостью от синтетических катинонов (СК) со сроком трезвости от 3-х недель до 6 месяцев. Данные пациенты находились на реабилитации и не получали никакой медикаментозной терапии. Основным критерием включения в исследование было письменное согласие пациента. Возраст исследуемой выборки пациентов составил – $29,4 \pm 6,7$ года. Стаж употребления СК – $27,9 \pm 25$ месяцев. Средний срок трезвости – $2,5 \pm 1,5$ месяца. Распределение по полу: 22% ($n=23$) лиц женского пола и 78% ($n=81$) мужского.

Для диагностики нарушений сна использовали отдельные вопросы из опросника SCL-90-R. Для исследования аффективных нарушений у пациентов шкалы тревоги и депрессии Цунга, а для диагностики влечения к СК – визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) влечения к ПАВ. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «Statistica 10 for Windows», а для изучения корреляции использовался критерий r-Спирмена.

Результаты. Трудности в засыпании отмечены у 68% пациентов ($n=71$). Данные нарушения сна больше всего коррелировали с тревогой ($p=0,000$; $r=0,56$) и депрессией ($p=0,000$; $r=0,47$), а в меньшей с влечением к СК ($p=0,008$; $r=0,27$).

Беспокойный и тревожный сон, отмеченный у 65,4% пациентов ($n=68$), также в большей степени коррелировал с тревогой ($p=0,000$; $r=0,47$) и депрессией ($p=0,000$; $r=0,47$), а в меньшей – с влечением ($p=0,003$; $r=0,31$).

Раннее пробуждение беспокоило 35,6% пациентов (n=37) и по данным нашего исследования оно слабо коррелировало ($p=0,028$; $r=0,22$) только со шкалой депрессии.

Заключение. Обнаружено, что инсомнические нарушения у пациентов с зависимостью от СК коррелировали в большей степени с аффективными нарушениями, чем с влечением к ПАВ. Более высокая степень корреляции отмечалась с наиболее распространенными у исследуемой группы лиц нарушениями сна, такими как трудности в засыпании, тревожный и беспокойный сон. Раннее пробуждение встречалось реже и слабо коррелировало только со шкалой депрессии.

АНАЛИЗ УПОТРЕБЛЕНИЯ НОВЫХ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Линник А.А., Малышко Е.В., Мысливцева А.В.

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области

«Наркологический диспансер»

Ростов-на-Дону

Актуальность исследования: Злоупотребление психоактивными веществами (далее ПАВ) по-прежнему является международной проблемой и актуальной на сегодняшний день.

К «аптечным наркотикам» относят лекарственные средства, содержащие наркотические вещества, а также те, которые вызывают привыкание и желание употреблять их в больших количествах для достижения эйфории. Среди данных веществ наибольший интерес вызывают производные гамма-аминомасляной кислоты (прегабалин и габапентин). Это агонисты ГАМК- α - и β -рецепторов и их производные. В настоящее время используются промышленно синтезированные гамма-бутиролактон и 1,4-бутандиол. Механизм их действия основан на

способности связываться с альфа₂ / дельта-субъединицами кальциевых каналов нейронов, за счет чего происходит снижение поступления кальция в нейроны. В результате уменьшается высвобождение нейромедиаторов. Данные вещества воздействуют на дофаминергическую систему «вознаграждения», вследствие чего и развивается пристрастие к препарату. При употреблении данных веществ организм пытается адаптироваться к вводимым химическим веществам, развивая к ним толерантность. Далее растёт потребность в увеличении концентрации медикамента, поскольку в начале приёма быстрее достигался психотропный эффект. Подобные изменения могут приводить к болезням зависимого поведения.

Цель исследования: выявить количество употребления новых потенциально опасных ПАВ среди жителей Ростовской области.

Материалы и методы: аналитическое исследование проводилось на базе государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Наркологический диспансер» (далее ГБУ РО «НД») за 2020-2021гг. Ретроспективный анализ проводился среди актов медицинского освидетельствования и результатов химико-токсикологических исследований. Химико-токсикологическое исследование (далее ХТИ) проводилось с помощью предварительного иммунохроматографического метода и подтверждающего метода хроматомасс-спектрометрии в ХТЛ ГБУ РО «НД». В исследовании приняли участие 6653 человека, которые проходили медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) в ГБУ РО «НД» в 2020 и 2021гг. Из исследования исключались пациенты применяющие данные ПАВ по назначению врача.

Результаты исследования: В 2020г в кабинете медицинского освидетельствования было проведено всего 3033 освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического, токсического). Из них у 200 (6,6 %) человек было выявлено алкогольное опьянение, были признаны трезвыми 1196 (39,4%) человек, отказались от прохождения освидетельствования 107 (3,5%) человек, у 1530 (50,5%) человек было выявлено

наркотическое опьянение и среди них у 413 (27%) человек были выявлены новые, потенциально опасные ПАВ, не относящиеся к списку наркотических веществ.

В 2021г в кабинете медицинского освидетельствования было проведено всего 3620 освидетельствования. Из них у 240 (6,6%) человек было выявлено алкогольное опьянение, были признаны трезвыми 1535 (42,4%) человек, отказались от прохождения освидетельствования 120 (3,3%) человек, у 1725 (47,7%) человек было выявлено наркотическое опьянение и среди них у 678 (39,3%) человек были выявлены новые, потенциально опасные ПАВ, не относящиеся к списку наркотических веществ.

К новым потенциально опасным ПАВ относятся: прегабалин, тропикамид, габапентин, трамадол, баклофен, карбамазепин. В 2020г среди выявленных 413 случаев употребления новых опасных ПАВ у 47 (11,4%) человек обнаружен был прегабалин, у 183 (44,4%) человек габапентин, у 65 (15,7%) человек был выявлен тропикамид, у 5 (1,2%) баклофен, у 88 (21,3%) человек трамадол, у 25 (6%) человек карбамазепин.

В 2021г среди 678 случаев употребляющих новые опасные ПАВ у 75 (11%) человек обнаружен прегабалин, у 298 (44%) человек габапентин, у 116 (17,1%) человек был выявлен тропикамид, у 4 (0,5%) человек баклофен, у 169 (25,1%) человек трамадол, у 16 (2,3%) человек карбамазепин.

В ходе освидетельствования было выявлено, что употребление данных лекарственных препаратов было без назначения врача. Употребление новых потенциально опасных ПАВ было в чистом виде, а также в комбинации с другими ПАВ. Наиболее часто встречающаяся комбинация совместного применения габапентина и тропикамида.

Среди полученных данных за 2020 и 2021гг обращает на себя внимание по-прежнему наибольший процент употребления, среди новых опасных ПАВ, таких веществ как габапентин, трамадол и тропикамид. Среди употребления новых потенциально опасных ПАВ наибольший интерес представляют производные гамма-аминомасляной кислоты: прегабалин и габапентина.

Выводы: 1. В 2021 году увеличивается рост употребления новых потенциально опасных ПАВ на 12,3 %. В 2020 году 413 человек (27%), а в 2021 году 678 (39,3%).

2. В 2021г увеличилось количество человек, употребляющих трамадол на 3,8 % и тропикамид на 1,4 % по сравнению с 2020 годом.

3. Среди лидирующих новых потенциально опасных ПАВ, в 2021 году по-прежнему остаются производные гамма-аминомасляной кислоты: прегабалин и габапентин и составляет более 50%.

Наркомания сегодня является одной из сложнейших проблем современности и требует незамедлительного решения на различных уровнях. Изучение влияния и возможного привыкания новых потенциально опасных ПАВ также необходимо, как и борьба с нелегальной торговлей их в аптечной сети.

ВРЕМЯ СЕМЬИ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ КОМПЛАЕНС У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Лутова Н.Б., Макаревич О.В.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ

Санкт-Петербург

Актуальность: Феномен комплаенса – универсальная проблема современного здравоохранения, имеющая особую актуальность в психиатрии из-за тяжёлых последствий, связанных с его нарушениями (увеличения частоты обострений, социальной дезадаптации, инвалидизации, риска суицида). По данным большинства исследователей, микросоциум больного является одним из важнейших факторов, влияющих на приверженность пациентов лечению, приобретающим ещё большую значимость в условиях деинституализации психиатрической помощи. Благодаря вовлечённости родственников в сопровождение терапии, модерируется выраженность психопатологической симптоматики, частоты обострений и госпитализаций. Такой эффект достигается как за счёт прямого воздействия (особенности атмосфера внутри семьи), так и опосредованно через влияние семьи на приверженность больного лечению. В частности, на уровень комплаенса оказывают влияние тип отношения семьи

больного к медикации и негативный эмоциональный климат семьи. В свою очередь, негативные эмоциональные реакции родственников на развитие болезни и повышение нагрузки на здоровых членов семьи в связи с необходимостью сопровождения пациента в процессе лечения являются компонентами такого феномена, как бремя семьи (семейная обременённость).

Вопрос взаимосвязи между феноменами комплаенса и бремени семьи на настоящий момент изучен недостаточно.

Цель исследования: изучение взаимосвязей между параметрами комплаенса и показателями семейного бремени, с последующим выделением предикторов, влияющих на интенсивность приверженности больного лечению.

Материалы и методы. Проанализированы результаты опроса 200 человек: 100 пациентов, страдающих заболеваниями шизофренического спектра, лечившихся добровольно в отделении интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева и 100 опекающих их родственников.

Оценка семейного бремени проводилась с использованием опросника бремени ухаживающего лица «Zarit» («Zarit Burden Interview» – ZBI). Опросник включает 22 вопроса, формирующих 5 факторов: финансовое/физическое напряжение, дефицит времени/зависимость пациента – факторы, составляющие объективный компонент бремени семьи; эмоциональное напряжение, неопределённость, самокритика – факторы, отражающие субъективный компонент семейной обременённости (Yin Y. et al., 2014).

Шкала медикаментозного комплаенса (ШМК) заполнялась врачом исследователем на каждого больного. ШМК предназначена для определения уровня приверженности больного к приёму лекарств. Включает 25 вопросов, формирующих 4 фактора: отношение к медикации, факторы, связанные с пациентом, близким окружением больного и врачом.

Статистическая обработка проводилась с помощью «SPSS 23.0»: проверка нормальности – по Колмогорову-Смирнову; корреляционный анализ по Пирсону (сила связи: 0-0,3 слабая; 0,31-0,5 средняя; 0,51-0,7 умеренная; 0,71-0,9 высокая;

0,91-1 очень высокая). В дальнейшем использовался регрессионный анализ (множественная линейная регрессия). Уровень значимости статистических данных – 95%.

Результаты. Средний возраст обследованных родственников $53,1 \pm 11,1$ года. Среди них – 70 (70%) женщин, 30 (30%) мужчин. Большая часть – матери 58 (58%). Работают 77% родственников, проживают совместно с больным – 68%.

Для обследованных пациентов средний возраст составил 38 ± 10 лет. Из них: 74 (74%) женщины, 26 (26%) мужчин. Диагнозы всех пациентов соответствовали рубрике F2 по МКБ-10.

Корреляционный анализ выявил средние отрицательные корреляции (r) между: фактором ШМК «Отношение к медикации» и показателями опросника ZBI – «Финансовое\физическое напряжение», «Дефицит времени\зависимость пациента», суммарный балл ($r=-0,36$, $r=-0,33$, $r=-0,32$, соответственно, $p \leq 0,05$); «Фактором, связанным с ближайшим окружением пациента» (ШМК) и теми же параметрами опросника обременённости ($r=-0,31$, $r=-0,34$, $r=-0,32$, соответственно, $p \leq 0,05$). Наибольшая интенсивность и количество корреляций были выявлены между общим баллом ШМК и параметрами ZBI: «Финансовое\физическое напряжение», «Дефицит времени\зависимость пациента», «Эмоциональное напряжение» и общий балл ZBI ($r=-0,44$, $r=-0,4$, $r=-0,33$, $r=-0,4$, соответственно, $p \leq 0,05$).

Использование множественной линейной регрессии по методу Forward продемонстрировало, что согласно коэффициенту детерминации R-квадрат: показатель семейной обременённости «Дефицит времени\зависимость пациента» у опекающих родственников объяснил 16,3% вариабельности зависимого признака – интенсивность суммарного балла ШМК, а включение значения фактора «Неопределённость» (ZBI) увеличило объяснённую вариабельность до 20,5%. Рассчитанные нестандартизированные коэффициенты «В» для данных переменных показали разнонаправленность влияния факторов семейной обременённости – так, значение для параметра ZBI «Дефицит

времени\зависимость пациента» было (-0,862), а для фактора «Неопределённость» (ZBI) – 1,334.

Обсуждение. Проведённый анализ продемонстрировал сложность и многомерность исследуемых феноменов. Учитывая результаты предшествующих исследований, предполагалось выявление корреляций факторов комплаенса с показателями субъективной обременённости («Эмоциональным напряжением», «Неопределённостью», «Самокритикой»). Однако наиболее значимые взаимосвязи с параметрами приверженности лечению продемонстрировали факторы объективного бремени, оказывающие влияние не только на интенсивность «Фактора, связанного с близким окружением больного», но и на восприятие медикации самим больным.

Последующее применение множественной линейной регрессии позволило выделить предикторы приверженности больного лечению среди показателей семейной обременённости и продемонстрировало, что наибольшее положительное влияние (повышающее приверженность лечению) на интенсивность комплаенса оказывал фактор «Неопределённость», относящийся к субъективному компоненту семейного бремени. В то же время второй выявленный предиктор, показатель объективного бремени – «Дефицит времени\зависимость пациента», ослаблял комплаентное поведение больных.

Выводы. Выраженная семейная обременённость оказывает влияние на приверженность пациента лечению.

Выделены предикторы приверженности больного медикаментозной терапии, включающие два фактора семейного бремени: переживание неопределённости в связи с болезнью и дефицит времени/зависимость пациента.

Выявленные особенности влияния семейной обременённости на приверженность пациентов лечению необходимо учитывать при планировании комплаенс-терапии, как обязательной части реабилитационных программ, включая семейные интервенции в их состав.

**ПРОТОКОЛ АППРОБАЦИИ БЕТА-ВЕРСИИ МОБИЛЬНОГО
ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ
РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА НА ОСНОВЕ ГИПНОТЕРАПИИ**

Маркин К.В.

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

Санкт-Петербург

Введение. Цифровые медицинские технологии стремительно заполняют поле диагностики, мониторинга и лечения нейropsychиатрических расстройств и могут стать основной движущей силой в этой области в ближайшем десятилетии. Эта идея согласуется с заявлением ВОЗ относительно мобильных технологий, которые по мнению экспертов являются наиболее перспективным инструментом в преодолении глобального кризиса психического здоровья и изменения способов предоставления лечения. В связи с этим актуальной представляется идея о переводе в цифровой формат и предоставлении тех немногих возможных методов психотерапии более широкому слою населения с сохранением высокого качества оказания помощи на фоне повышения экономической доступности.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – это хроническое функциональное заболевание кишечника неизвестной этиологии, важную роль в формировании которого играет нарушение функционирования в оси мозг-кишечник. По данным литературы около 20-35% пациентов с СРК требуют коррекции эмоционального и психического статуса. Одним из действенных методов психотерапии СРК является кишечно-ориентированная гипнотерапия, в основе которой лежит использование Манчестерского протокола. Перевод сессий в аудиоформат является доступным вариантом, сохраняющим, как выяснили недавние исследования, свою эффективность наравне с очным вариантом терапии в виде снижения выраженности и частоты появления гастроинтестинальной симптоматики и сопутствующей аффективной симптоматики (NCT04133519).

Цель исследования: разработка и внедрение в повседневную практику мобильного приложения для терапии СРК на основе гипнотерапевтического протокола лечения функциональных кишечных расстройств.

Протокол исследования. В период с 01.01.2022г. по 01.06.2022г. планируется апробация бета-версии разрабатываемого приложения. В основе приложения лежит 8-недельный курс ежедневных аутогенных тренировок, разработанных на основе Манчестерского протокола кишечно-ориентированной гипнотерапии с интеграцией релаксационных техник. Отбор пациентов планируется проводить на основе обращений в медицинские учреждения психосоматического и гастроэнтерологического профилей с постановкой диагноза СРК (в соответствии с Rome IV критериями) и последующим согласием с рекомендацией лечащего врача на прохождение курса терапии посредством использования мобильного приложения. Планируется набрать не менее 150 пациентов в исследуемую группу, в качестве группы контроля выступят пациенты ($n > 150$), получающие стандартную терапию.

Критерии включения: возраст от 18 до 65 лет; пациенты с выставленным диагнозом СРК (в соответствии с Rome IV критериями); согласия на обработку персональной информации, прохождение всего курса и заполнение всех диагностических шкал, поддерживать стабильную дозировку препаратов от СРК в течение всего курса лечения и не добавлять новые препараты от СРК; наличие смартфона.

Критерии исключения: наличие заболеваний со структурными нарушениями кишечника (целиакия, воспалительные заболевания) и/или онкологических заболеваний; прохождение психотерапии, гипнотерапии или когнитивно-поведенческой терапии по поводу СРК в настоящее время; неспособность пройти все сеансы лечения; наличие тяжелых/некупированных психических расстройств и/или неврологических заболеваний; использование антибиотиков, влияющих на деятельность кишечника в последние 12 недель.

Основные меры оценки эффективности: выраженность гастроинтестинальной симптоматики (по результатам специализированного

оценочного опросника «Irritable Bowel Syndrome – Symptom Severity Scale») – временные промежутки: на входе в исследование, через 4 и 8 недель в ходе исследования и через 4 недели после окончания курса терапии; частота появления симптомов СРК – временные промежутки: ежедневная оценка в рамках курса терапии.

Дополнительные меры оценки эффективности: качество жизни (по результатам специализированного оценочного опросника «Irritable Bowel Syndrome – Quality of life») – временные промежутки: на входе в исследование, через 4 и 8 недель в ходе исследования и через 4 недели после окончания курса терапии; выраженность симптомов тревоги и депрессии (по результатам Госпитальной шкалы тревоги и депрессии) – временные промежутки: на входе в исследование, через 4 и 8 недель в ходе исследования и через 4 недели после окончания курса терапии. Оценка приема фармакотерапии.

ИЗМЕНЕНИЯ В ВОСПРИЯТИИ ЗАПАХОВ КАК СПЕЦИФИЧЕСКИЙ МАРКЕР ПСИХИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Мелёхин А.И.

Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина

Москва

Ежегодно 10-15% людей сообщают о проблемах, связанных с обонянием, после перенесенного стрессового события (например, утраты, расставания, сокращения или давления на работе) в форме «много от чего воротит», «галлюцинации обонятельные преследует запах гари», «свежие продукты пахнут как будто тухлые, несвежие и от себя тоже ощущаю этот запах», «чувствую спертый запах плесени». От 11 до 33% людей в общей популяции считают себя «химически чувствительными» (сензитивными) и от 1 до 6% страдают от этого состояния. Присутствие определенных запахов вызывает у данных пациентов сильное раздражение и симптомы, похожие на приступы паники (например, головокружение, усталость, затрудненное дыхание, головные боли). Они

испытывают повышенную тревогу, депрессию, психологический стресс в форме беспокойства по поводу своей способности защитить себя и членов семьи от опасностей. Потенциально неприятный обонятельный сигнал инициирует и мотивирует пациента к возможному избегающему поведению, в то время как приятные ощущения в основном вызывают отношение «бездействия», направленное на поддержание воздействия стимула. Мы знаем, что anosmia, hyposmia, «слепота к запахам» (smell-blindness heritable), паросмия (troposmia) и фантосмия являются индикаторами того или иного психического расстройства.

Рассмотрим ряд общих положений: Эволюционно обонятельная луковица является самой примитивной из структур мозга и дала начало древней лимбической системе, которая относится к сети нейронных структур, ответственных за обработку эмоций;

Обонятельная система нужна для предупреждения и обнаружения потенциальных вредных веществ или ситуаций. Усиленная обонятельная функция требуется в периоды повышенного обнаружения угрозы, или когда ощущается угроза жизни или высок эмоциональный стресс, вероятно, поможет выживанию, предупреждая человека о присутствии опасности и способствуя избегающему поведению;

Играет важную роль в ряде повседневных, рутинных процессов, таких как прием пищи, социальное общение и придание эмоциональных атрибутов автобиографическим воспоминаниям;

Обонятельная и «эмоциональные» системы сильно взаимосвязаны и имеют общие нейронные структуры (например, орбитофронтальная кора, миндалевидное тело и гиппокамп);

Запахи могут изменять эмоции, настроение и поведение, а также вызывать сильные ощущения удовольствия или неудовольствия;

Обоняние является важным «нейроповеденческим зондом» способности к гедоническим способностям пациента;

Стресс активирует гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, что приводит к выбросу кортизола в кровоток, который модулирует обонятельное

восприятие через центральную нервную систему. Повышенный уровень кортизола у женщин связан с улучшенными способностями к распознаванию запаха. Матери с более высоким уровнем кортизола были более способны распознавать запахи своих младенцев.

Повышенный уровень кортизола связан с лучшими показателями идентификации запаха и более высокими показателями интенсивности запаха. Тревожные черты у пациента, которые связаны с повышенным уровнем кортизола, связаны с лучшими способностями различать запахи, лучшими способностями к идентификации запаха и повышенной обонятельной чувствительностью. Кортизол ассоциируется с лучшими способностями к идентификации запаха, гнев связан с худшей идентификацией запаха.

Переживание неконтролируемого стресса часто связано с чувством тревоги, страха и гнева, что влияет на обоняние.

Тревога и связанные с ней негативные эмоции увеличивают обонятельные способности: пациенты с высокой личностной тревожностью демонстрируют более быстрое время реакции на положительные и отрицательные валентные запахи, а люди, набравшие высокие баллы по нейротизму, демонстрируют лучшую способность различать запахи. Чрезвычайно застенчивые люди демонстрируют более низкие пороги обоняния, чем общительные люди. Кроме того, обонятельная чувствительность к неприятным запахам повышается после процедуры индукции стресса. Лишь несколько исследований показывают, что тревога может быть связана со снижением обонятельных способностей, например, высокая тревожность по состоянию и признакам, предсказывающая снижение чувствительности к обнаружению запаха и чувствительности к распознаванию запаха. Кроме того, у пациентов с высокой тревожностью пороги обнаружения n-октанола выше. Усиленные обонятельные способности могут быть объяснены переходом в состояние повышенной сенсорной бдительности и повышенной возбудимостью миндалины во время стресса.

При ПТСР часто наблюдается нарушения в обонятельной идентификации, что является психическим предиктором роста агрессии и импульсивности. Гнев

снижает когнитивные способности, в то время как кортизол повышает их. Отрицательная связь между гневом и эффективностью идентификации запаха может быть объяснена тем, что гнев мешает контролю внимания. Гнев ослабляет активность в теменной коре головного мозга, отвечающей за внимание, и ухудшает принятие семантических решений. Говоря про ПТСР, мы знаем, что запахи обладают замечательной способностью вызывать эмоционально заряженные, отдаленные воспоминания. Пациенты с ПТСР часто сообщают, что определенные запахи вызывают повторное переживание травмирующих событий.

Хронический страх может привести к сдвигу в центральной обработке запахов, так что пострадавшие люди теряют чувствительность к гедоническим качествам и интенсивности многих запахов. Становясь более чувствительными к связанным с опасностью аспектам запахов. Хроническая чувствительность к раздражителям, вызывающим страх (т.е. чувствительность к тревоге), приводит к функциональным изменениям как обонятельной, так и интраназальной систем тройничного нерва, что приводит к специфической чувствительности к запаху у данной группы пациентов.

Говоря про расстройства настроения, возникает вопрос: можно ли эффективно использовать жалобы на нарушения обоняния у пациентов для улучшения скрининга депрессии. При депрессии снижено обонятельное функционирование во многих аспектах обоняния, включая порог, различение и идентификацию. Возникающая в результате дисфункция сна может ухудшить когнитивные функции и негативно повлиять на обонятельную обработку более высокого порядка, необходимую для идентификации и различения запахов. У пациентов с «первичной» депрессией потенциальные физиологические механизмы вторичного развития обонятельной дисфункции сосредоточены вокруг высвобождения молекул биохимического стресса во время депрессивных эпизодов.

У 80% пациентов с шизофренией выявлено такое значительное нарушение идентификации запаха, которое вызывает нарушение повседневного

функционирования. Эндогенная опиятная иммунореактивность влияет на обонятельную дисфункцию у данных пациентов. Пациенты испытывают наибольшие трудности с определением приятных запахов, трудности идентификация нейтрального запаха. Демонстрируют одинаковую точность при выявлении неприятных запахов. Наличие дефицита в идентификации приятного запаха может быть не только потенциальным показателем развития психоза, но и фактором риска развития хронической, рецидивирующей шизофрении.

В связи с этим при обследовании пациентов со стороны психического здоровья, в том числе и проведении нейропсихологического обследования мы рекомендуем уделять внимание обонятельной дисфункции для построения более эффективной тактики лечения.

СПЕЦИФИКА КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИСКАЖЕННОГО ВОСПРИЯТИЯ ЗАПАХА ИЛИ ОБОНЯТЕЛЬНОГО РЕФЕРЕНТНОГО СИНДРОМА

Мелёхин А.И.

Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина

Москва

Искаженное восприятие запаха или обонятельный референтный синдром («olfactory reference disorder») за последние несколько лет является новым психотерапевтическим вызовом. У пациента наблюдается постоянная озабоченность в том, что от него плохо пахнет (например, изо рта, тела), или может «плохо пахнет», другие люди это могут это заметить, и он будет испытывать сильный стыд («опозориться»). Этот «плохой» запах сами пациенты трудно могут описать, и больше отмечают, что «думают» о запахе. Расстройство может сопровождаться обонятельными галлюцинациями, хотя порядка 60% пациентов сообщают, что сами не чувствуют от себя плохого запаха, но есть убеждение в его наличии у них. У пациента наблюдаются постоянные попытки замаскировать запах и/или избегать социальных контактов с другими людьми.

Имеющиеся нами наблюдения свидетельствуют о том, что симптомы сопровождаются клинически значимым дистрессом, нарушением функционирования и социальной инвалидизацией. Точная диагностическая классификация данного расстройства по сей день является предметом дискуссий. Например, его можно понимать как ипохондрическую форму бредового расстройства (соматический подтип бредового расстройства). Однако было замечено, что расстройство может возникать как с инсайтом, так и без него, и что феноменология расстройства (т.е. поведение проверки, маскировки, поиска утешения и избегания) имеет больше общего с расстройствами тревожного спектра. Имеет некоторое сходство с социальной фобией, поскольку характеризуется страхами и попытками избежать унижения и социального отвержения. Также имеет некоторые перекрывающиеся симптомы с дисморфическим расстройством тела, обсессивно-компульсивным расстройством и тревогой о здоровье. Однако оно отличается от всех этих расстройств с точки зрения кардинальной озабоченности выделением запаха. Впоследствии в DSM-V были даны рекомендации по размещению данного синдрома рядом с обсессивно-компульсивным расстройством. В МКБ-11 есть рубрика расстройства обонятельного восприятия, который включен в ОКР и связанные с ним расстройства.

Конкретных рекомендаций по лечению расстройств пока не существует. Кроме того, всеобъемлющая когнитивно-поведенческой модели данного расстройства еще не разработана. Из-за некоторого основного сходства с дисморфическим расстройством тела, когнитивно-поведенческие протоколы (CBT-BDD) могут быть использованы для лечения данной группы пациентов как в монотерапии, так и в комбинации с психофармакотерапии (СИОЗС и или без антипсихотического усиления).

Психологическое обследование рекомендовано проводить с применением следующих диагностических шкал: PHQ-SADS, Body Dysmorphic Disorder Dimensional Scale (BDD), Olfactory Reference Syndrome questionnaire (ORD-Q) и YSQ.

Протокол включает в себя 12 сессия, 1 раз в неделю, некоторые из которых длились более одного часа для проведения поведенческих экспериментов.

Основная тактика КПТ заключается в том, что симптомы пациента с искаженным восприятием запаха отличаются от дисфорического расстройства восприятия тела тем, что восприятие дефицита было сенсорным, а не физическим и возможно «галлюцинаторным». Впоследствии основное внимание сосредоточено на оценке пациентом этого сенсорного опыта и его прогнозируемое влияние на поведение и суждения других людей. Акцент делается на обонятельных переживаниях и убеждениях пациента.

Первые сессии начинаются с изучения поведенческих сигналов пациента, когда разговаривает с другими (например, отворачивают голову, хмурятся, прикасаются к лицу руками) и интерпретирует это как подтверждение того, что пахнет или может, пахнуть. Пациент может признавать, что ему трудно проверить свои убеждения относительно своего запаха, и предположит, что могут быть другие, более мягкие объяснения его поведения. Однако, когда он разговаривал с другими и чувствовал неприятный запах, ему было труднее получить доступ к этим альтернативным (гибким) объяснениям ситуации. Альтернативные объяснения дополнительно изучаются с пациентом путем совместной разработки двух конкурирующих версий проблемы представления с использованием техники «Теория А и Теории В». Пациент подробно рассказывает о Теории А («проблема в том, что у меня изо рта плохо пахнет, и это вызывает отвращение и отталкивает других»). Для сравнения Теория В предположила, что проблема заключается в том, что пациент чрезмерно обеспокоен и озабочен запахом своего дыхания и тратит много времени, пытаясь справиться с этим. Первоначально пациент оценивает свою веру в Теорию А, например – 70%. Были изучены доказательства, подтверждающие обе теории, и их последствия, если они верны. Применяется метафора «ученик строителя» (builders apprentice metaphor) для иллюстрации того, как некоторые из стремлений пациента к безопасности и предубеждения в отношении внимания мешали ему опровергнуть свои убеждения. Чтобы глубже изучить убеждение в

том, что люди, которые поворачивают голову в ту или иную сторону, прикасаются к носу или хмурятся, испытывают отвращение к дыханию (запаху) пациента, его попросят проследить за 2-минутным взаимодействием между двумя людьми и подсчитать, сколько раз это происходит при «нормальном» взаимодействии.

Сессии 4 и 9 были посвящены обзору и обобщению результатов этого домашнего задания. Пациент может заметить, что люди трогали свои носы, хмурились и отворачивались друг от друга более чем в два раза чаще, чем он предсказывал. Это наблюдение заставил пациента задаться вопросом, достоверно ли эти «улики» указывают на то, что его дыхание пахло. Он также поделиться возросшим осознанием своей склонности выискивать запахи и наблюдать за реакцией других людей. Это было рассмотрено в связи с общей формулировкой (когнитивно-поведенческой моделью) и тем, как его основные страхи приводят к усилению концентрации внимания на запахах и физических сигналах, что повышает вероятность их восприятия. Это было дополнительно проиллюстрировано с помощью аналогии с «сибирской язвой» (спросив, сколько голубей он заметил по дороге, и сравнив эту оценку с тем, сколько он могла бы обнаружить, если бы считала, что они несут смертельный вирус). Исследуя убеждения пациента в отношении неприятных запахов, он может вспомнить случаи, когда его друзья вели себя так, что это можно было расценить как «отвратительное» (например, публично болели или целовались с людьми на улице). Это не делало их отталкивающими или неприятными для него, но он считал, что это отличается от ее собственных опасений, поскольку он могла приписать их действия разовым событиям. Напротив, он считала, что, если бы у него пахло изо рта, люди приписали бы это чему-то постоянному и фундаментальному в нем (то есть он была нечистым, неряшливым, неаккуратным). Это привело к составлению списка всех действий, которые кто-то может совершить, если поверит в это о нем. При этом пациент может заметить, что они имеют поразительное сходство с его собственным поведением в области безопасности (т.е. избегание физической близости, попытка избежать резких

вдохов, отворачивание головы во время разговора). Пациент размышляет об этом и о том, может ли его поведение побуждать других отражать его дистанцию в социальных контактах. Избегание пациентом физической близости было реализовано путем измерения ее «зоны комфорта» (вопрос личных границ). Это было достигнуто путем ведения разговора, стоя все ближе и ближе, пока он не почувствовал дискомфорт. Это упражнение показало, что он чувствовал себя комфортно на расстоянии примерно 45 сантиметров без использования перестраховочных форм поведения, направленных на обеспечение чувства безопасности. Далее проводятся поведенческие эксперименты для минимизации данного поведения.

Сеансы 10 и 12 были посвящены обзору лечения.

Эффективность терапии: после 12-недельного лечения, на протяжении 9 месяцев наблюдались низкие показатели в симптомах депрессии, тревоги, минимизировано избегающее, перестраховочное поведение и обонятельные переживания (по шкале ORD-Q).

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Мельниченко В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет

им. М. Горького»

Донецк

В современной научной литературе под субъективным контролем понимают способность субъекта контролировать и управлять внутренними побуждениями и их внешними отражениями в поведении. Личности, ориентированные на внешние факторы влияния на свою жизнь, имеют экстернальный локус контроля. Они полагают, что их успехи и неудачи регулируются внешними факторами, такими как судьба, удача, счастливый

случай, влиятельные люди и непредсказуемые силы окружения. Личности, ориентированные на внутренние причины, имеют интернальный локус контроля. Они верят в то, что удачи и неудачи определяются их собственными действиями и способностями (личностными факторами).

Субъективный контроль представляет собой основной компонент потенциала саморегуляции как целостной, так и дезорганизованной личности. Его изучение в полной мере возможно только системно, что является актуальным и целесообразным в рамках сплошного научного исследования.

Основная часть исследования выполнялась на базе центра первого психотического эпизода Республиканской клинической психиатрической больницы г.Донецка в течение 2019-2021гг. Всего в исследование приняло участие 216 человек. По данным структурированного интервью О. Кернберга у 120 больных (55,5%) была выявлена психотическая дезорганизация личности (основная группа), у 60 человек (27,8%) – невротическая и 36 чел. (16,7%) – пограничная дезорганизация личности (группы сравнения).

Абсолютное количество больных с психотической дезорганизацией личности приходилось на разделы F20 - F23: F20.0 – 63 чел. (52,5%) с параноидной шизофренией; F23.0 – 57 чел. (47,5 %) с острыми транзиторными психотическими расстройствами. У пациентов с дезорганизацией личности невротической типа были выявлены психические расстройства раздела F31.0 – биполярное аффективное расстройство (5 чел. – 8,3%), а также раздела F41.2 – расстройства адаптации (66 чел. – 91,7%). Группа больных с пограничной дезорганизацией личности была представлена расстройствами шизофренического (55,6%) и невротического (44,4%) спектров.

Для оценки уровня дезорганизации личности было использовано структурное психодинамическое интервью О. Кернберга, которое определяло степень интеграции идентичности, типы преобладающих защитных механизмов, способность к тестированию реальности больных.

Изучение субъективного контроля проводилось с помощью методики «Уровень субъективного контроля» Е.Ф. Бажина и Е.А. Голынкина. Опросник

состоит из 44 утверждения, которые объединены по трем параметрам: 1. Экстернальность – интернальность в межличностных отношениях; 2. Эмоциональная настроенность; 3. Направление атрибуции. Интерпретация результатов производилась после переводы сырых баллов в баллы по 7-ми субшкалам общей интернальности (Ио), интернальности в области достижений (Ид), интернальности в области неудач (Ин), интернальности в семейных отношениях (Ис), интернальности в области производственных отношении (Ип), интернальности в области межличностных отношений (Им), интернальности в отношении здоровья и болезни (Из) в сравнении с нормативными показателями.

Для оценки социально-психологической адаптации использовался «Опросник социально-психологической адаптации», который был разработан в 1954 году К. Роджерсом и Р. Даймондом. В опроснике содержатся высказывания о человеке, о его образе жизни, переживаниях, мыслях, привычках, стиле поведения. Результаты объединяются по шести интегральным шкалам: Адаптация; Самопринятие; Принятие других; Эмоциональный комфорт; Интернальность; Стремление к доминированию.

Полученные данные исследования обработаны с помощью пакета компьютерных статистических программ «Statistica». При проведении сравнения использовался метод ANOVA (в случае нормального закона распределения) либо критерий Крускала-Уоллиса (в случае отличия распределения от нормального).

Была изучена общая характеристика показателей «экстернальности-интернальности» (субъективного контроля) у больных с различным уровнем дезорганизации личности по данным методического пособия.

Статистически достоверно низкий уровень общей интернальности ($4,3 \pm 0,3$) был зафиксирован в основной группе исследования (психотическая дезорганизация) наряду с малой интернальностью в областях: производственных ($3,2 \pm 1,1$) и семейных отношений ($3,3 \pm 1,2$), что отражало социально-демографическую картину, так как 70 % больных не работало и еще 12 человек были разведены или не вступали в брачные отношения вообще.

Статистически достоверные ($p \leq 0,05$) различия между первой и группами сравнения обследованных больных прослеживались в тенденции смещения интернальности в сторону экстернальности от психотического до невротического уровней дезорганизации личности, что позволяет утвердить локус контроля базовым компонентом потенциала саморегуляции больных, страдающих психическими расстройствами.

У 30 больных с пограничной дезорганизацией личности отмечалась склонность к экстернальности в областях неудач ($2,4 \pm 1,0$) и межличностных отношений ($3,1 \pm 1,1$). Пограничные больные обнаруживали склонность приписывать собственные неудачи или другим людям, или считать их результатом невезения. Данная жизненная позиция, сформированная под воздействием личностных качеств, таких как высокая чувствительность к отвержению, эмоциональная лабильность и импульсивность, а также психопатологической среды в виде субдепрессивного аффекта, способствовала закреплению выученной беспомощности, зависимого поведения, не требующих особой решительности и ответственности.

Больные с невротической дезорганизацией личности продемонстрировали высокую интернальность в области достижений и произвольной деятельности ($8,2 \pm 2,2$). Так как испытуемые данной группы были активно задействованы в трудовом процессе, они обладали амбициозными натурами, которые стремились достигнуть высоких ступеней по карьерной лестнице, построить равнозначные коллегиальные отношения в рабочем коллективе, повышая тем самым производительность и эффективность труда.

Таким образом, для психотических больных характерен низкий показатель социально-психологической адаптации за счет не обустроенности семейной и производственной жизни, а также неадекватности самооценки. Дезорганизация личности пограничного типа характеризуется смещением локуса контроля в сторону экстернальности межличностных отношений, что проявляется в неуверенности в себе, частой несогласованности образов реального и идеального «Я» и их презентации другим, недостаточно развитой саморегуляции,

эмоциональной неустойчивости. Невротически дезорганизованные больные способны положительно оценивать результаты своей деятельности и достигать поставленных задач, но из-за нерационального использования эмоциональной энергии не всегда раскрывают свой творческий потенциал, а приобретенное психическое расстройство углубляется в своей феноменологической структуре, хронифицируется.

**ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ
СОСТОЯНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ
СИНТЕТИЧЕСКИМИ КАННАБИНОИДАМИ, КОМОРБИДНЫХ С
ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Московцева О.Р., Селиванов Г.Ю., Серазетдинова Л.Г.

НИИ психического здоровья Томский НИМЦ; СПб ГБУЗ «ПНД №5»; СПбУ

ГПС МЧС России

Томск, Санкт-Петербург

Психофармакологические схемы, используемые специализированными выездными психиатрическими бригадами скорой медицинской помощи, при купировании психотических состояний, вызванных синтетическими каннабиноидами «на месте», уходят из поля зрения практических врачей-психиатров стационарной, амбулаторной служб, как и сведения о больных, к которым применялся эти методы. На сегодняшний день представляется актуальным освещение этой малоизученной в зарубежной и отечественной литературе проблемы.

Цель исследования: изучение психофармакологических тактик лечения острых состояний при психических расстройствах коморбидных с злоупотреблением синтетическими каннабиноидами.

Материалы: Исследование выполнено на базе ФГБУ «СибФНКЦ ФМБА России» (Северск), НИИ ПЗ Томского НИМЦ РАН (Томск), ОГАУЗ «ТКПБ» (Томск), ОГАУЗ «ССМП» (Томск), БУ ХМАО – Югры «НПНБ» (Нижневартовск) за период с 2013 по ноябрь 2021 год и с конца 2021 по начало 2022 года в СПб ГБУЗ «ПНД №5» (Санкт-Петербург), Россия. Обследовано 247

мужчин (возраст $31,2 \pm 0,45$ года), злоупотребляющих синтетическими каннабиноидами из них с диагнозами: F60.xx-F62.xx – 127, F20.xx – 120.

Методы исследования: катamnестический, клинико-психопатологический, психометрический (CGI), статистический (R version 3.2.4; SPSS Statistics Base 22.0).

Результаты и заключение: Выявлено, что наибольшей эффективностью при купировании острых состояний, ассоциированных со злоупотреблением синтетическими каннабиноидами, показали психофармакотерапевтические методы, включающие в себя комбинации конвенциональных (типичных) инъекционных форм нейролептиков, обладающих выраженным антипсихотическим и седирующим эффектами, умеренную эффективность показала комбинация нейролептика и транквилизатора. Использование в лечении острых состояний комбинации антипсихотиков наиболее эффективно, так как вызывает быструю редукцию симптомов, снижает риски: повторного возникновения острого психотического состояния в течение недели, инициации и раннего развития шизофренического процесса, регоспитализаций, развития госпитализма.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Нейфельд Е.А., Шелег Д.А.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Москва

В конце 20-го века был расшифрован геном человека и это позволило проводить исследования, в которых используются методы определения расширенных мутаций и полиморфизмов в структуре генов пациентов. Это позволяет изучать функции генов на уровне генома, выявляет специфические локусы на хромосомах, ассоциируя их с развитием различных заболеваний, определять генетическую предрасположенность к многим заболеваниям, а в ряде

случаев позволяет проводить пренатальную диагностику эмбрионов, когда по анализу крови матери определяется структура ДНК. Некоторые заболевания возникают на ранних стадиях эмбриогенеза, за счет резко измененного генома эмбриона, что приводит к неправильной закладке тканей, изменениям сосудистого русла и иннервации. Другой тип течения заболеваний формируется под влиянием факторов внешней среды (травмы, стресс, алкоголь) и в таком случае диагностика изменений генома облегчается за счет выявления факторов риска.

В психиатрии существуют сведения о генетических факторах, которые служат предикторами этих заболеваний, например, ApoE белка, который сопряжен с повышением фактора вероятности развития болезни Альцгеймера. В этом случае существенную роль играют факторы внешней среды (травмы, инфекции), однако наличие мутации в ApoE является влиянием более раннего развития болезни. Большая часть психических заболеваний, как считают многие авторы, является, скорее всего, полигенными и охватывают целый ряд причин, это касается шизофрении, аутизма, эпилепсии, эндогенной депрессии. В тоже время у зарубежных авторов имеются сведения, о том, что существует полиморфизм отдельных белков, которые очень тесно сцеплены с рядом психических заболеваний и одна мутация в таком гене связана сразу с несколькими заболеваниями. Анализ этого явления привел нас к предположению, что все указанные патологии могут возникать в результате нарушения взаимосвязи между факторами риска, способствующими развитию психических заболеваний и белками, выявив нарушения в процессе формирования головного мозга, возникающими на ранних стадиях эмбриогенеза вследствие мутаций или полиморфизмов генов, регулирующих процесс формирования глии и миграции нейронов.

Следовательно, мы можем предположить, что взаимосвязь между полиморфизмом с психическими заболеваниями возникла на ранних стадиях эмбриогенеза, который впоследствии проявляется выраженными когнитивными и психическими нарушениями. Однако какие именно гены влияют на развитие

шизофрении остается пока неизвестным. В настоящее время в психогенетике ведется активный поиск наследственных механизмов психических заболеваний наряду с изучением средовых факторов риска.

Шизофрения стала одним из первых психических заболеваний, в изучении которого приняли участие генетики. Давно замечено, что среди родственников людей, страдающих шизофренией, частота данного заболевания выше, чем в популяции. Более того, риск заболевания повышается с увеличением степени родства: для родственников первого уровня он составляет около 10%; если оба родителя больны, риск заболевания ребенка достигает 46%; риск заболевания для монозиготных (МЗ) близнецов еще выше и составляет 48-50%. Все это лишний раз свидетельствует о роли наследственности в развитии шизофрении.

До настоящего времени не имеется единой модели генетической передачи шизофрении. Шизофрения не является ни доминантным, ни рецессивным наследственным заболеванием, наследуемым по законам Менделя, поскольку большинство наблюдений не согласуются с ожидаемой встречаемостью заболевания у родственников. Предлагавшаяся некоторыми исследователями однолокусная модель наследования, которая предполагает существование латентного признака, связанного с дисфункцией префронтальных областей коры, не соответствует реальным наблюдениям.

На сегодняшний день большинство исследователей считают, что в основе наследования шизофрении лежит мультифакторная полигенная пороговая модель с возможными эффектами эпистаза или взаимодействия генов, при котором активность одного гена находится под влиянием вариаций других генов. Исследование полиморфизма генов может играть важную роль для выявления предрасположенности и прогнозирования течения психического заболевания. Однако полученные к настоящему времени результаты во многом противоречивы и неоднозначны. Актуальным является пристальное и всестороннее изучение генетических маркеров риска шизофрении и их использование в многофакторном анализе.

Также не существует и специфических чувствительных диагностических тестов определения возможного прогрессирования заболевания на уровне индивидуума. Исход и течение шизофрении могут быть predeterminedены генетическим полиморфизмом организма человека. Молекулярно-генетический анализ без изучения индивидуальных клинических характеристик больного, особенностей биологических, социальных и поведенческих факторов, теряют свою ценность. Вместе с тем в последние годы стали интенсивно развиваться исследования клеточных аспектов иммунного ответа при различных психических заболеваниях. Было замечено, что существует большое сходство в принципах функционирования нейрона и иммунной клетки. Известно, что функция памяти одна из главных в деятельности нервной системы. «Запоминание» является также ключевым механизмом в функции иммунной клетки. Такое же сходство существует между двумя этими системами в процессах извлечения из «памяти» информации. Более того, основные гипотезы, описывающие функции нервной и иммунологической систем удивительно совпадают друг с другом. Клонально-селекционная теория иммунитета имеет свой прототип в виде нейрофизиологической гипотезы, постулирующей высокую степень функциональной гетерогенности нейронов. Инструктивная теория в иммунологии соответствует нейрофизиологическим гипотезам, постулирующим примат модальности внешнего раздражителя. Все эти соображения, представляя несомненный теоретический интерес, до последнего времени слабо стимулировали экспериментальные исследования в области иммуноневрологии. Заметным толчком в развитии этих исследований послужило обнаружение перекрестных антигенов между клеточными мембранами нейрона тимусзависимых лимфоцитов. Это открытие определило новое направление иммунологических исследований в психиатрии и неврологии. Началось изучение иммунологического вовлечения в патологический процесс элементов нервной системы при повреждении лимфоидных клеток и наоборот.

РОЛЬ ПСИХИАТРА/НЕВРОЛОГА В ДИАГНОСТИКЕ НЕДИАБЕТИЧЕСКИХ ГИПОГЛИКЕМИЙ

Нуралиева Н.Ф., Трошина Е.А., Юкина М.Ю.

ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России

Москва

Введение: Снижение гликемии у пациентов без сахарного диабета (недиабетические гипогликемии; НДГ) является симптомом тяжелых заболеваний: от эндокринопатий до злокачественных опухолей. Наиболее специфическим симптомом НДГ является связь приступа (как манифестация, так и купирование) с приемом углеводсодержащей пищи. Гипогликемия обычно манифестирует неврологическими и психическими нарушениями, в связи с чем, пациенты первично обращаются за медицинской помощью не к эндокринологу, а к психиатрам и неврологам.

Цель: проанализировать исходы выбора пациента с НДГ первичных специалистов для оказания медицинской помощи.

Методы: анализ анамнеза 319 пациентов с НДГ в возрасте 18-93 лет. Когорта разделена на группы в зависимости от специалистов, к которым первично обращался пациент за медицинской помощью: №1 – эндокринологи; №2 – психиатры/неврологи; №3 – врачи других специальностей (врачи общей практики, гастроэнтерологи и др.).

Результаты: Распределение пациентов по группам: №1 n=196 (61%); №2 n=80 (25%); №3 n=43 (14%). Длительность (Me (min-max)) заболевания до верификации (или предположения) диагноза НДГ в группе 1 (0,03 (0,03-80,00) месяцев) была значимо меньше ($p \leq 0,001$), чем в группах 2 и 3 (102,00 (1,00-420,00) месяцев и 18,00 (0,10-70,00) месяцев, соответственно), а также в группе 3 была значимо меньше ($p \leq 0,001$), чем в группе 2. За период времени до установления (или предположения) правильного диагноза в группе 2 значимо чаще развивались гипогликемические комы, по сравнению с группой 1 и 3: n=16 (20%) vs n=1 (0,5%), $p \leq 0,001$ и n=2 (5%), $p=0,034$, соответственно. Только в группе 1 в 96% случаев установление (или предположение) диагноза НДГ

произошло на первом визите к специалисту. Таким образом, у 40% пациентов с НДГ постановка правильного диагноза задерживается, из них 61% пациентов первично наблюдались у психиатров/неврологов.

Заключение: у значительной части пациентов с НДГ постановка правильного диагноза задерживается, и большая часть таких больных получает патогенетически необоснованное лечение у психиатров/неврологов, что увеличивает риск гипогликемической комы. Таким образом, крайне важна настороженность врачей, особенно психиатров/неврологов, относительно своевременного выявления НДГ.

ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Прупес М.В., Соловьев А.Г., Харьковская О.А.

Северный государственный медицинский университет (СГМУ)

Архангельск

Послеродовая депрессия (ПД) представляет собой одно из самых частых психических расстройств постнатального периода, являясь серьезным расстройством, ставящим под угрозу благополучие не только матери, но и ребенка, так как повышает риск нарушения его эмоционального, социального и когнитивного развития. Несмотря на важность проблемы, до настоящего времени не выявлены точные социально-психологические факторы риска возникновения ее симптомов, а также не разработаны методические рекомендации для профилактики их возникновения.

Цель работы: систематизация данных отечественных и зарубежных исследований о распространенности симптомов ПД и способах ее профилактики.

Результаты и их интерпретация. Термином «депрессия» описывается психическое расстройство, проявляющееся, в основном, в устойчивом снижении настроения и утрате способности переживать радость, а также пессимистическом взгляде на внешний мир, будущее и собственную личность в

сочетании с двигательной заторможенностью. Известно, что женщины в 1,7 раз более подвержены риску развития депрессивных состояний. Психоэмоциональные расстройства у женщин, связанные с родами, условно разделяют по степени выраженности на три основные категории: «послеродовое уныние» (babyblues), послеродовая депрессия и послеродовые психозы.

Признаки «послеродового уныния» (babyblues) появляются на 3-4 день после родов, наиболее очевидны на 5-7 день. Женщины испытывают колебания настроения, часто плачут, становятся тревожными, беспокойными или раздражительными и отмечают нарушение сна. Такое состояние может прерываться периодами хорошего самочувствия и настроения. Указанные проявления обычно не требуют специального лечения, однако у 15-20 % женщин могут развиваться в последующем клинически выраженные симптомы депрессии.

В зависимости от происхождения ПД классифицируют по МКБ-10 в V классе как: F 32 – текущий депрессивный эпизод, F 33 – рекуррентное депрессивное расстройство (при депрессии в анамнезе), F 53 – психотические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках. Распространенность ПД в мире варьируется в пределах 4-25 % со средним значением 17,7%, в индустриально развитых странах – 10-15 %. По данным российских исследователей ежегодно послеродовой депрессией страдает 160-260 тыс. женщин.

К наиболее важным факторам, влияющим на возникновение ПД, относят особенности темперамента и поведения, склонность женщины к депрессивным и невротическим расстройствам, не диагностированные и (или) не получавшие адекватной терапии депрессии и неврозы во время беременности, в том числе сочетающиеся с приемом легальных психоактивных веществ – алкоголя и табака. Большое влияние оказывают психологический стресс у матери, насилие (включая психологическое) со стороны партнера, нежелательные исходы беременности (пол ребенка, нежеланная беременность).

До настоящего времени продолжают поиски эффективных лечебно-профилактических подходов к ПД. Действительно, поддержка, получаемая от

партнера, является особенно важным ресурсом во время стресса и неблагоприятных обстоятельств, а, следовательно, является одним из эффективных способов профилактики ПД матери.

Одним из простых и эффективных способов профилактики ПД считаются физические упражнения. Точные механизмы действия данного метода не известны, однако одной из самых популярных является эндорфиновая гипотеза, предполагающая, что при физических упражнениях происходит выработка эндогенных опиатов (таких как β -эндорфин), в результате чего улучшается настроение.

Лечение антидепрессантами рекомендуется, если симптомы ПД не разрешаются только с помощью психологического лечения, когда симптомы являются серьезными и требуют быстрого лечения или когда антидепрессанты являются предпочтительными для конкретной пациентки.

Заключение. Таким образом, ПД представляет собой одно из самых частых психических расстройств постнатального периода. Эффективная профилактика ПД включает комплекс медицинских, общеоздоровительных и социально-психологических подходов с правильной организацией психологического сопровождения беременных женщин на разных этапах гестационного периода и обязательной поддержкой женщины со стороны микросоциального окружения.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА В РАМКАХ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ И ОЧНЫХ КОНСУЛЬТАЦИЙ

Рубакова Л.И., Хайретдинов О.З.

ГБУЗ г. Москвы «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

Москва

Проведение телемедицинских консультаций (ТМК) получило большое распространение в период эпидемиологических ограничений в связи с COVID-19. Оказание медицинской помощи при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями (модель «пациент – врач») содержит большое количество нерешенных организационно-правовых вопросов, связано с неопределенностью допустимых рамок и объема медицинских вмешательств для обеспечения качества, информационной и клинической безопасности. Дистанционная помощь лицам с психическими расстройствами связана с принципиальными особенностями, сложностями и рисками по сравнению с другими медицинскими специальностями.

В ГБУЗ г.Москвы «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» (далее – Центр) проводится активная научно-исследовательская и организационно-методическая работа в сфере разработки, апробации и внедрения цифровых инноваций по применению телемедицинских технологий, в 2020-2022гг. проведено более пяти тысяч дистанционных консультаций в формате «пациент-специалист». В 2021г. совместно с ГБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий ДЗМ» разработаны и утверждены Департаментом здравоохранения г.Москвы методические рекомендации «Организация применения телемедицинских технологий для проведения консультаций пациентов (законных представителей) в детской психиатрической практике». Проведен анализ нормативно-правовых требований, регламентирующих применение телемедицинских технологий в процессе оказания психиатрической помощи детям и подросткам, сформулированы рекомендации по совершенствованию нормативно-правовой базы при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями (модель «пациент-врач») в детской психиатрии.

Результаты ряда исследований свидетельствуют о приемлемой эквивалентности использования стандартизированных инструментов (ADI-R,

ADOS и др.) для оценки симптомов расстройств аутистического спектра (РАС) в рамках ТМК на основе видеосвязи при сопоставлении с очным форматом консультирования. Вместе с тем в доступной литературе нам не удалось обнаружить публикаций по уточнению разрешающей способности дистанционной клинической оценки (диагностической консультации врача-психиатра).

Цель работы: исследование эквивалентности дистанционной диагностики аутистических расстройств в детском возрасте в сравнении со стандартными возможностями очных консультаций.

В качестве инструмента по разработке математико-статистической модели прогноза диагностической эквивалентности телемедицинских консультаций планируется использование метода логической регрессии.

Материалом для сопоставления послужили данные 173 ТМК и 786 очных консультаций пациентов, обследованные одним из авторов в рамках консультации научного сотрудника в период с начала 2020г. по 10.06.2022г. Начальная временная точка указанного периода определена в связи с моментом начала проведения систематических ТМК в Центре им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ. Из общей группы были выделены пациенты, в направительном или заключительном диагнозе которых преобладали проявления РАС. В итоге, основную группу (телемедицинских консультаций, ТМК) составили 84 пациента с симптоматикой РАС, для которых заключительная консультация научного сотрудника проводилась с помощью телемедицинских технологий, а контрольную группу (очных консультаций, ОК) – 310 детей РАС, консультированных в рамках традиционного приема. Средний возраст в обследованных группах различался: ТМК – 3,8 лет, ОК – 5,9 лет. При этом, если исключить пациентов школьного возраста (старше 7 лет), разница сокращается до 3,7 и 4,3 соответственно. Возрастной пик в обеих группах приходится на 3 года, в группе ОК, кроме того, больший удельный вес пациентов в сравнении с группой ТМК отмечен в 4-6 лет, а наибольшие различия зафиксированы в подростковом возрасте (21,9% против 3,6%). Последнее обстоятельство связано с особенностями организации

экспертно-консультативной помощи в этапной верификации диагноза при переходе от детского психиатра к подростковому и от подростковому к общему («взрослому»).

Нозологическая принадлежность в обеих группах ТМК/ОК также оказалась сходной с преобладанием пациентов с диагнозом «атипичный аутизм без умственной отсталости» (F84.12) – 49 (58,33%) / 125 (40,32%), «детский аутизм» (F84.0) – 26 (30,95%) / 87 (28,06%) и, в меньшей степени – «атипичный аутизм с умственной отсталостью» (F84.11) – 8 (9,52%) / 69 (22,26%). Большой удельный вес пациентов с умственной отсталостью в группе ОК также может быть связан с более старшим возрастом, с повышением которого, как правило, оценку интеллектуальной продуктивности проводят более уверенно и реалистично в связи с большей доступностью психометрических инструментов, более продолжительным периодом наблюдения и безотлагательной необходимостью уточнения образовательного маршрута.

Все консультации научного сотрудника проведены одним специалистом, как в дистанционном, так и в очном вариантах имели стабильную четкую структуру: предварительное изучение материалов проведенного обследования (10-30 мин), непосредственное взаимодействие с пациентами и законными представителями и специалистами Центра (30-50 мин). Заключение содержало верифицированный диагноз, рекомендации по лекарственной терапии, коррекционной и реабилитационной работе, определению образовательного маршрута и решению медико-социальных вопросов. Обязательными блоками являлись наблюдение и оценка спонтанного поведения ребенка, а также структурированные ситуации взаимодействия: а) с родителями; б) со специалистами (лечащий врач, психолог, логопед, дефектолог); в) с научным консультантом.

Квалификация спонтанного и структурированного поведения ребенка существенно не отличалась при дистанционных консультациях и в большей степени зависела от качества оборудования и разрешающей способности видео- и аудиосвязи. Вместе с тем оценка характера взаимодействия ребенка с

дистанционным консультантом имела принципиальные особенности. В качестве предварительных результатов выделен ряд отличительных параметров проведения ТМК: значимость сложностей и риска неверной оценки зрительного контакта «через экран», степени субъектного отношения пациента к консультанту, наличия/отсутствия невербальных реакций на фоновые, не заметные для консультанта визуальные, звуковые и иные раздражители. К примеру, кажущийся достаточным взгляд в глаза часто оказывался ориентированным в сторону консультанта, но сфокусированным на технических деталях оборудования, своем изображении в видеочате и пр. Даже оценка фокусировки взгляда ребенка вызывала трудности, связанные с различиями, локализация объектива («глазка») веб-камеры и изображения глаз собеседника на экране. С целью преодоления отмеченных сложностей в процедуру ТМК были введены дополнительные действия консультанта – «пробы» выключения монитора, перемещения камеры или специалиста в кадре с регистрацией наличия или отсутствия субъектно-ориентированных (невербально-коммуникативных) реакций пациента.

Основой для искаженной оценки и неверных диагностических выводов может стать феномен, названный нами «эффектом замочной скважины» – облигатная при ТМК фрагментарность изображения и звуковой картины пространства, в котором находится пациент и его окружения (члены семьи, животные, электронные гаджеты и многое другое). При этом возникают трудности оценки наличия или отсутствия реакций ребенка на отдаленные, фоновые шумы, звуки, речь, не доступные для восприятия консультанта, неоднозначность квалификации различных наблюдаемых феноменов, например, напоминающих врачу «объективные» признаки галлюцинаций, в реальности оказывающихся фокусированием взгляда на вполне реальных раздражителях. Целесообразным (обязательным) в таких случаях представляется разрешение сомнений посредством дополнительных вопросов.

КОГНИТИВНЫЙ ТРЕНИНГ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Рыжова И.А.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Москва

Развитие превентивной психиатрии предполагает поиск современных методов немедикаментозной интервенции. Интегративный междисциплинарный подход реализуется в выборе релевантных мишеней для психокоррекционного вмешательства. Таковыми являются полиэтиологические недементные когнитивные нарушения, маркирующие разнообразный спектр психических расстройств, но в то же время нечувствительные к клиническим диагностическим средствам и ускользающие от прямого психофармакологического воздействия. Метод когнитивного тренинга, рассматриваемый в качестве нейропсихологической психокоррекционной техники, созвучен решению проблем как ранней диагностики негрубых когнитивных нарушений, так и своевременной комплексной психосоциальной реабилитации посредством восстановления значимого для психического здоровья когнитивного функционирования. Проспективный потенциал когнитивного тренинга определяется универсальностью его применения для широкого круга психических заболеваний – от дистимии до шизотипического расстройства, а также вариабельностью реестра методических средств и условий их использования. Практический инструментарий включает нейропсихологические техники улучшения памяти, внимания, речевых навыков, развития сообразительности, когнитивной выносливости, эрудиции. Метод когнитивного тренинга преферентен в выборе возможных способов сохранения психического здоровья у пожилых людей с естественным или патологическим старением, проявляющимся когнитивным дефицитом. В структуру когнитивного тренинга заложен упрощенный принцип организации, подразумевающий способность модификации формы подачи материала, ориентированной на

инновационные технотренды привлечения цифровых ресурсов, наряду с элементарностью моделирования «когнитивного тренажера» в домашних условиях, что особенно важно для адаптивного обучения и поддержания когнитивного здоровья у людей старшего возраста.

По результатам исследований, проведенных в Московском НИИ психиатрии, когнитивный тренинг оказывал позитивное влияние на исполнительные функции, скоростные параметры мышления, толерантность к когнитивным нагрузкам, вербальную память, беглость речи и коммуникативные навыки у пациентов с психическими расстройствами. В качестве предикторов эффективности участия в когнитивном тренинге, обратно коррелирующей с уровнем риска формирования когнитивной дефицитарности, выделялись параметры гендерной принадлежности, возраста, индивидуальных особенностей когнитивного функционирования, длительности и регулярности тренировок. Утилитарность метода когнитивного тренинга обусловлена объективной возможностью экспериментального моделирования познавательной деятельности в клинической среде, доступностью применения в реабилитационной практике, прогностической ценностью и превентивной направленностью.

ЗНАЧЕНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИССОЦИАЛЬНЫХ ЧЕРТ ЛИЧНОСТИ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Севостьянов Р.А.

ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия»

Саратов

Актуальность. Специфические расстройства личности являются объектом пристального научного изучения не только психиатрии и психологии, которые, безусловно создают важнейший научный базис для их понимания и анализа. В последнее время все больший научный интерес к данной тематике

проявляет наука о преступности – криминология, которая, опираясь на накопленный психиатрией и психологией огромный опыт, изучает данные расстройства под собственным углом зрения, а именно, пытается понять их влияние на потребности человека, мотивацию действий, образ мышления и преступного поведения. Изучая специфические расстройства личности в данном ключе, исследователи-криминологи все больше видят значимость подобных состояний в системе детерминант преступного поведения.

Безусловно, одно лишь наличие у человека того или иного специфического расстройства личности не делает его преступником. Однако нельзя отрицать того, что они, сочетаясь с рядом аморальных характеристик личности, существенно усугубляют положение дел и прочно входят во внутренний психологический механизм преступного поведения.

Цель исследования: обоснование необходимости ранней диагностики расстройств личности, в том числе диссоциального, для профилактики преступного поведения.

Материалы и методы. В исследовательских целях были изучены материалы 599 уголовных дел о преступлениях, совершенных лицами с диагностированным диссоциальным расстройством личности, 179 – с эмоционально неустойчивым, 311 – с параноидным, 406 – с тревожным, 298 – с истерическим, 308 – с шизоидным, проинтервьюированы специалисты, а также осужденные.

Результат. Исследования показали, что наибольший криминологический интерес представляют эмоционально неустойчивое, параноидное, тревожное, истерическое, шизоидное и диссоциальное расстройства личности. Сочетаясь с такими индивидуально-психологическими особенностями как эгоцентризм, конфликтность, неуважение к окружающим, нескритичность по отношению к себе и своему поведению и другими, они способствуют совершению определенных преступлений и специфическому образу антиобщественного действия. Например, пониженный порог реагирования на внешние раздражители при эмоционально неустойчивом расстройстве импульсивного типа в сочетании

с аморальными качествами делает человека склонным к ситуационному насилию с внезапно возникшим умыслом. Застревание на негативных переживаниях при параноидном расстройстве может привести к совершению заранее планируемых преступлений на почве зависти, ревности, мести и т.п. Повышенная тревожность нередко способствует необоснованной агрессии оборонительного характера, когда любая, даже незначительная угроза воспринимается реально, что может привести к насилию при отсутствии каких-либо оснований для этого. Избыточная демонстративность при истерическом расстройстве нередко способствует совершению преступлений, хорошо заметных для окружающих – хулиганства, грабежа и т.п., с помощью которых индивид, не наделенный высокой нравственностью, пытается привлечь к себе внимание со стороны окружающих. Склонность истерических личностей к актерству и лжи способствует совершению ими мошеннических действий.

Особый интерес криминологии вызывает диссоциальное расстройство личности, которое способствует формированию антиобщественной позиции и образа жизни, при этом совершение преступлений становится для такого человека вполне свойственным проявлением его внутренних характеристик.

Постановка диагноза «специфическое расстройство личности» возможна при достижении лицом совершеннолетия. Однако его отдельные черты могут проявляться уже в детстве и четко видны в подростковом. Такие подростки начинают прогуливать школу, совершать кражи, конфликтовать с ровесниками и взрослыми, вступать в криминальные группы. Они склонны к поиску сиюминутных удовольствий, подвержены алкоголизации и наркотизации. При отсутствии воспитательного воздействия и коррекции подросток легко примет преступный образ жизни и пополнит число рецидивистов, являющихся постоянными обитателями мест лишения свободы.

Заключение. Актуальным для предотвращения в будущем преступной активности человека становится раннее выявление диссоциальных черт у подростков, а также получение при этом необходимой психологической и психиатрической помощи, особого воспитательного подхода со стороны

родителей, учителей и иных лиц, вовлеченных в данный процесс. Не исключено, что для этого требуется пересмотр положений ряда нормативных актов, а также изменений сложившихся в обществе стереотипов, связанных с психиатрической и психологической помощью.

ТЕЛЕФОННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ПОСТСУИЦИДАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ КАК ОДИН ИЗ ВИДОВ ПРОФИЛАКТИКИ САМОУБИЙСТВ

Семенова Н.Б.

*ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный
центр Сибирского отделения Российской академии наук»*

Красноярск

Самоубийства – это глобальная проблема, которая актуальна для большинства стран мира, поэтому превенция суицидального поведения является одной из важнейших задач общественного здравоохранения. По мнению экспертов ВОЗ, систематический подход к предотвращению самоубийств может быть достигнут путем создания национальной стратегии, одним из компонентов которой являются кризисные вмешательства через телефоны доверия (ТД). Во всем мире телефон доверия считается одной из общедоступных и рекомендуемых стратегий предотвращения самоубийств.

Телефонная служба экстренной психологической помощи в России существует уже около 40 лет и является важным ресурсом для эмоциональной поддержки людей, переживающих острую кризисную ситуацию. Но, несмотря на то что ТД является одной из общедоступных видов превенции суицида, не все люди, находящиеся в кризисной ситуации, стремятся ее получить. По этим и другим причинам ТД на сегодняшний день признан «затратно эффективной» стратегией в предупреждении суицидального поведения. В то же время в ряде зарубежных стран накоплен определенный опыт, который показывает, что

возможности телефонной службы в области превенции самоубийств могут быть расширены с учетом современных требований.

В последние десятилетия в странах Европы и США стратегия оказания помощи по телефону лицам, находящимся в состоянии острого кризиса или склонных к суицидальному поведению, существенно изменилась. Если раньше основная задача кризисной линии сводилась к деэскалации суицидального конфликта у лица, самостоятельно обратившегося на ТД, то в настоящее время кризисные линии обеспечивают превентивную помощь суицидальным пациентам в постсуицидальном периоде. Данная помощь представляет собой активное сопровождение (или «Follow-up») лиц, совершивших суицидальную попытку, или незавершенный суицид. При выписке из кризисного стационара пациенту предлагается заполнить согласие на сотрудничество с кризисной телефонной линией и дается номер телефона с просьбой позвонить на нее в течение первых двух суток. Известно, что самый высокий риск повторного суицида наблюдается в первую неделю после выписки, поэтому телефонное сопровождение начинается уже спустя 24 - 48 часов после выписки. Если раньше такие лица выписывались домой без какой-либо определенной помощи со стороны специалистов, то в настоящее время телефонное сопровождение может обеспечить поддержку суициденту в наиболее опасный период. «Follow-up Service» является гарантом непрерывности медицинской помощи, облегчает связь пациента с амбулаторной службой и предотвращает повторный суицид, вследствие чего не происходит разрыва медицинской помощи, и это крайне важно для пациента с суицидальным риском. Телефонные консультанты получают данные о пациенте и осуществляют непрерывность наблюдения. Телефонный звонок непродолжителен во времени, ориентирован на оценку степени суицидального риска и выяснение антисуицидальной стратегии. Беседа телефонного консультанта структурирована, возможна ее адаптация в зависимости от потребности гражданина. В случае, когда суицидент не может или не хочет обеспечить собственную безопасность, прекращает звонить на телефон или не отвечает на звонки, телефонные консультанты передают

информацию о возможности повторного суицидального случая в районные службы экстренного реагирования.

Целесообразность использования горячей линии для сопровождения пациентов с суицидальным риском подтверждена в пилотном проекте, который стартовал в 2015 г. в штате Колорадо, США. Кризисная линия собирала информацию о пациентах и формировала статистику вызовов. Проект продемонстрировал хорошие результаты со средним показателем реферальных звонков 76%. Некоторые телефонные службы достигли 100% индекса реферала, что подчеркивает успешность и востребованность нового направления. Результативность метода были подтверждена еще и тем, что лишь немногие участники проекта, совершившие суицид, сообщали о повторных попытках самоубийства. Около 80% пациентов сообщили о том, что вмешательство консультантов кризисных линий остановило их от последующей попытки самоубийства, а 90,6% высказались о том, что дальнейшая поддержка обеспечила их безопасность.

В США показана эффективность управления рисками по телефону для обеспечения безопасности детей и подростков. Молодые люди, выписанные из отделения неотложной помощи после совершенного суицида, звонили консультанту горячей линии, успешность взаимодействия с которым оценивалась по продолжительности разговора и обмену информацией. Реферальный индекс среди подростков с суицидальным поведением составил 69%. Большинство звонивших подростков поделились с консультантом информацией об одной или нескольких копинг-стратегиях поведения в стрессовых ситуациях.

Программа посткризисного сопровождения с привлечением ресурсов горячей линии внедрена во Франции под названием «VigilanS». Проект имеет региональную направленность, целью его является уменьшение частоты повторных попыток самоубийств как на индивидуальном уровне (пациенты, включенные в «VigilanS»), так и на региональном (район Норд-Па-де-Кале). При выписке из кризисного центра каждому пациенту выдается кризисная карта с

номером телефона горячей линии, на которую он регулярно звонит на протяжении шести месяцев. Консультанты горячих линий оценивают состояние пациента в ходе беседы, в зависимости от чего, специалисты проводят соответствующие кризисные вмешательства.

Таким образом, использование кризисных линий в управлении рисками самоубийств – это современный, многообещающий подход, и, по мнению телефонных консультантов, его несложно внедрить в повседневную практику. Стратегию управления рисками самоубийств с использованием телефонных линий вполне можно внедрить в повседневную практику телефонов экстренной психологической помощи в России. Это позволит решить многие проблемы, которые существуют в настоящее время. Данная стратегия расширит возможности телефонов экстренной психологической помощи в области превенции самоубийств, повысит эффективность профилактических мероприятий, приблизит психологическую помощь к населению и сделает ее целевой и адресной.

ПРЕВЕНЦИЯ СУИЦИДА У ПОДРОСТКОВ: СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА БЕЗОПАСНОСТИ

Семенова Н.Б.

ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук»

Красноярск

Самоубийства среди подростков являются актуальной проблемой во многих странах мира, в том числе, и в России. Наибольший риск самоубийств отмечен у молодых людей, ранее уже предпринявших такую попытку. Поэтому одним из главных направлений третичной профилактики является предотвращение повторного самоубийства.

Метод планирования безопасности («Safety Planning Intervention») – это краткосрочное вмешательство, направленное на предотвращение повторного

суицида. Данный метод разработан в рамках когнитивно-поведенческой терапии и впервые апробирован профессором медицинского факультета университета Пенсильвании Грегори Брауном. Совместно с профессором из Нью-Йоркского университета психиатрии Барбарой Стэнли метод был адаптирован для работы с ветеранами боевых действий, пытавшихся покончить жизнь самоубийством, а в дальнейшем – для использования в работе с подростками.

План безопасности (ПБ) включает список заранее подготовленных стратегий поведения и источников поддержки, которые пациенты могут использовать с целью снижения у них эмоциональных переживаний при появлении первых признаков суицидального кризиса. Планирование безопасности представляет собой конкретный набор стратегий совладания и источников поддержки, к которым подросток может прибегнуть в случае ухудшения.

Планирование безопасности проводится совместно со специалистом, обученным методике вмешательства и особенностям ведения беседы с подростком в состоянии суицидального кризиса. Это могут быть врачи-психиатры, клинические психологи, клиницисты отделений скорой неотложной помощи и кризисных стационаров, сотрудники служб психического здоровья, телефонные консультанты кризисных линий.

Разработка ПБ происходит после всесторонней оценки риска самоубийства. Подростка просят рассказать свою историю как можно подробнее. Во время рассказа клиницист должен получить точный отчет о тех событиях, которые предшествовали и сопровождали суицидальный кризис, а также о тех чувствах и поведении, которые отмечались у подростка. Совместное обсуждение индексированной попытки помогает облегчить распознавание предупреждающих знаков, которые в дальнейшем должны быть включены в план безопасности. ПБ записывается подростком самостоятельно с использованием бумажной формы. Он должен состоять из кратких инструкций, которые сначала обсуждаются и проговариваются с терапевтом, а затем четко

формулируются и записываются. Все записи должны быть легко читаемы и понимаемы подростком. ПБ состоит из пяти разделов:

Раздел I. Распознавание предупреждающих знаков, свидетельствующих о приближении СК. Список предупреждающих знаков обычно включает перечень конкретных ситуаций, которые являются наиболее стрессовыми для подростка. К предупреждающим знакам относят изменения эмоционального состояния и поведения, которые появляются в ответ на стресс. Список помогает подростку понять, когда следует использовать план безопасности и что следует предпринять. Подростка информируют о том, что при возникновении стрессовой ситуации он должен обращать внимание на любые изменения эмоционального состояния и поведения, при появлении которых следует немедленно обратиться к плану безопасности.

Раздел II. Создание безопасной среды. Важно обсудить с подростком и родителями необходимость устранения любых потенциально смертельных средств из окружающей обстановки. Это могут быть таблетки, острые и режущие предметы, огнестрельное оружие и другое. Должны быть достигнуты гарантии того, что ответственный взрослый уберет все потенциально опасные средства из поля доступа подростка.

Раздел III. Определение и использование внутренних стратегий совладания. Внутренние стратегии включают в себя список действий, которые подросток может выполнить, чтобы справиться с суицидальными побуждениями без помощи других людей. Обычно это действия, которые проводятся с целью отвлечения от мыслей о самоубийстве. Список стратегий может быть составлен из арсенала, имеющегося у пациента. Однако терапевт также предлагает возможные варианты и обучает подростка техникам переключения внимания, релаксации и саморегуляции. Пациента информируют о том, что, если внутренние стратегии не помогают, следует обратиться к внешним стратегиям.

Раздел IV. Определение и использование внешних стратегий. Внешние стратегии ПБ включают в себя целый ряд возможных форм поведения, в том числе, получение помощи от друзей. Подросток должен вспомнить своих друзей,

с которыми можно связаться для того, чтобы отвлечься или поднять настроение, записать их имена. Внешние стратегии могут включать обращения к родственникам или другим значимым людям из социального окружения подростка, которых он может попросить о помощи. Имена значимых людей и их телефоны записываются в ПБ. В плане безопасности обязательно указываются профессионалы в области психического здоровья, их имена и номера телефонов, куда подросток может позвонить, чтобы получить помощь. Терапевт и пациент совместно анализируют каждый шаг плана, обсуждают и предусматривают любые потенциальные препятствия на пути его реализации. ПБ всегда хранится там, где его можно легко найти. В составлении ПБ могут участвовать члены семьи. Терапевт и пациент совместно обсуждают вопрос о том, как семья может помочь пациенту использовать план безопасности.

Раздел V. Составление списка причин, по которым стоит жить. В заключительной части ПБ обязательно следует определить те причины, по которым подростку стоит жить. Это могут быть приятные занятия, любимые увлечения, хобби, а также животные или близкие люди, которые поддерживают у молодого человека желание к жизни.

ПБ всегда хранится там, где его можно легко найти. В составлении ПБ могут участвовать члены семьи, с которыми надо обсудить вопрос о том, как они могут помочь пациенту использовать план безопасности.

Данный метод широко применяется в работе с подростками в США и в странах Европы. Технология активно используется во многих учреждениях здравоохранения, оказывающих неотложную помощь суицидальным пациентам, в том числе, в отделениях скорой медицинской помощи, в травматологических центрах, на кризисных горячих линиях, в психиатрических. Данный метод имеет доказанную эффективность и может использоваться как самостоятельная технология, так и в рамках краткосрочного психотерапевтического вмешательства.

ЭМПАТИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ЛИЦ С ПЕДОФИЛИЕЙ

Смирнова С.К.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Санкт-Петербург

Согласно данным статистики за предыдущие пять лет количество зарегистрированных преступлений, совершенных в отношении половой неприкосновенности несовершеннолетних в Российской Федерации увеличилось на 42%. Несмотря на актуальность проблемы, количество исследований, посвященных педофилии в нашей стране весьма ограничено, а большая их часть сосредотачивается на вопросах психосексуального развития лиц, совершивших сексуальные преступления в отношении детей. Многие исследования, проведенные за рубежом, указывают на наличие у лиц, совершивших сексуальные преступления, в первую очередь патологий эмоциональной сферы, среди которых можно выделить ошибки при распознавании эмоциональных состояний и их. При исследовании восприятия жертв насильниками и педофилами – инцестниками оказалось, что правонарушитель часто извращает реакции жертвы, ожидая от нее желания и наслаждения от столкновения, что отражает неспособность компетентно оценивать состояние другого человека. При этом тема способности данных лиц к пониманию эмоциональных состояний при сексуальных девиациях в научных работах отечественных исследователей в настоящее время разработана недостаточно. В работе Демидовой Л. Ю. «Роль понимания эмоциональных состояний в регуляции криминальных действий сексуального характера, направленных против детей» давалась интегральная оценка уровня эмпатии у лиц, совершавших сексуальные преступления против детей. Л.Ю. Демидова описывает роль оценки качественной и познавательной децентрации среди показателей, по которым обследуемого в группе преступников, совершивших сексуальные преступления против детей, можно отнести к группе с педофилией/без педофилии. «Лица с педофилией превосходят преступников без диагноза и группу нормы не столько в глубине децентрации и ее качестве

(высокие баллы по методике у всех групп встречаются одинаково часто; качественных различий в определениях также выявлено не было), сколько по ее частоте. То есть, предположение о том, что частота децентрации менее важна для просоциального поведения, чем ее качество, представляется справедливым». Не ставя знак равенства между лицами, страдающими педофилией и преступниками, исследование особенностей личности, совершавшей сексуальные преступления против несовершеннолетней перспективно важно для понимания причин антисоциального поведения и предотвращения подобных действий.

В данном исследовании была поставлена цель углубить понимание проблемы эмпатии у лиц, совершивших сексуальные преступления против несовершеннолетних и страдающих педофилией, оценивая их способность к децентрации. Децентрация – это характеристика мышления, способность индивида видеть различные точки зрения на объект. Противоположным децентрации понятием является эгоцентризм – неспособность или нежелание человека посмотреть на происходящее с точки зрения других людей, поставить себя на место другого человека.

В исследовании приняли участие 4 пациента СПб ГКУЗ Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца мужского пола от 38 до 64 лет, находящиеся на отделении принудительного лечения специализированного типа. Среди пациентов были представлены такие нозологии как шизотипическое расстройство, патологическое влечение к азартным играм, алкоголизм, смешанная тревожная и депрессивная реакция на стресс. Использовался метод тестирования. Исследование проводилось с февраля по март 2022 года. Исследуемым были предложены Многофакторный опросник эмпатии, Невербальная методика на способность к децентрации, а также Тест Эгоцентрических ассоциаций. Также были сформированы базисные карты, содержащие вопросы о течении заболевания и анамнезе жизни.

Тест эгоцентрических ассоциаций продемонстрировал высокий уровень эгоцентризма (индекс от 22 до 30) у двух пациентов, у двух – средний (от 8 до

22). Среди результатов Многофакторного опросника эмпатии оценивалась шкала децентрации. Двое пациентов были оценены на 12 баллов (средний уровень, нижняя граница нормы), один – 18 (средний уровень), один – 25 (высокий уровень). Показатели по невербальной методике на способность к децентрации незначительно разнились между участниками (от 20 до 25), при этом демонстрируя тенденцию к более высокой способности к децентрации к взрослому, чем к ребенку. У пациента 02 были выявлены такие признаки социальной дезадаптации как агрессивность и антисоциальное поведение.

Полученные результаты позволили углубленно оценить способность к децентрации и уровень эгоцентризма индивидуально у каждого из пациентов с точки зрения оценки способности к коммуникативной децентрации, а также оценить степень склонности к эгоцентризму как противоположности децентрации. Полученные данные соотносятся с результатами Л. Ю. Демидовой, демонстрируя высокую частоту коммуникативной децентрации, однако при использовании Многофакторного опросника эмпатии и оценке шкалы децентрации мы видим не такие однозначные результаты, и еще раз подтверждается тезис о том, что для просоциального поведения частота децентрации менее важна, чем её качество. Чем лучше анамнестически был уровень социализации пациента, тем ниже был эгоцентрический индекс, и напротив, чем чаще пациент совершал правонарушения, тем он был выше. Таким образом, при оценке децентрации как компонента эмпатии в картине педофилического расстройства целесообразно оценивать не только непосредственно саму способность к децентрации, но и то, насколько личность склонна к децентрации и насколько привержена к эгоцентризму. Дальнейшее изучение нарушений децентрации и склонности к эгоцентризму как аспекта нарушений эмоциональной сферы при педофилическом расстройстве может углубить понимание личности с педофилическим расстройством, склонной к сексуальным преступлениям против детей.

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ПРИЧИН НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКА: АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Туровская Н.Г.

*Волгоградский государственный медицинский университет. Волгоградская
областная детская клиническая психиатрическая больница
Волгоград*

Та или иная патология характера или нарушения поведения – не редкость в детском и подростковом возрасте. Причины патологических характерологических реакций или формирования стойкой личностной аномалии могут быть как эндогенными, так и экзогенными, в том числе психогенными. Как отмечают Шевченко Ю.С. и Северный А.А., в случае формирования психических расстройств в детском возрасте энцефалопатические, дизонтогенетические и психогенные механизмы находятся в непрерывном динамическом взаимодействии. Из вышеизложенного следует, что оказание помощи ребенку с церебрально-органической недостаточностью должно осуществляться комплексно с участием специалистов разных профилей (врачей, педагогов, психологов др.). Тем более, что на необходимости межпрофессионального взаимодействия в работе с детьми с нервно-психическими расстройствами настаивают ряд авторов.

Рассмотрим пример использования психологического обследования в целях определения причин нарушения поведения у подростка и основных направлений психотерапевтической работы с подростком и его семьей в целом.

Методы и материалы. На прием к психиатру обратились родители подростка 14 лет с жалобами на то, что ребенок ворует у них деньги. В процессе сбора анамнестических данных выяснилось, что ребенок с детства рос доброжелательным, веселым и очень подвижным. По данным неврологического анамнеза у несовершеннолетнего на протяжении нескольких первых лет жизни диагностировалась легкая резидуальная церебральная органическая патология. У невролога по этому поводу ребенок лечился эпизодически, с диагнозом

«Синдром дефицита внимания с гиперактивностью». Нарушения активного внимания и трудности волевой организации деятельности сопутствовали ребенку на протяжении всего периода обучения в школе. По словам родителей, сын также не принимает участия в «домашних делах», большую часть времени проводит в компании сверстников на улице.

Подросток и его родители приняли участие в психологическом обследовании с использованием проективных графических методик («Дом. Дерево. Человек» (Бак Д.), «Рисунок несуществующего животного» (Дукаревич М.), «Серийные рисунки» (Никольская И.М.)), методики диагностики самооценки (Дембо-Рубинштейн), опросника «Анализ семейных взаимоотношений» (Эйдемиллер Э.Г. и др.), методики «Семейные социограммы» (Эйдемиллер Э.Г. и др.).

Результаты исследования. В процессе диагностики контакт с испытуемым устанавливается в объеме, достаточном для проведения исследования. Фон настроения подростка отличается не достаточной устойчивостью, с выраженной тенденцией к повышению. Эмоции – живые, мимика – подвижная. Речь – быстрая, ассоциации также быстро сменяют друг друга. Внимание недостаточно устойчиво.

В начале исследования испытуемый озвучивает запрос на оказание психологической помощи: «Нужна...манию к деньгам убрать...как будто другой человек во мне...если денег нет, я спокоен, если появляются, ничего не могу с собой поделать».

Результаты исследования с помощью проективных графических методик («Дом. Дерево. Человек», «Рисунок несуществующего животного»): трудности волевой организации деятельности, импульсивность, аффективная неустойчивость, пониженная самооценка, отрицание тревоги, слабость агрессивных тенденций (незначительная склонность только к вербальной агрессии), стремление освободиться от опеки взрослых и создать собственную семью, конформистские тенденции в восприятии будущего. В задании «Серийные рисунки» (по И.М. Никольской) дает следующие пояснения к

рисункам: «Я радуюсь» – «Дом, природа и я отдыхаю», «Я огорчаюсь» – «Провал в чем-то...(после уточнения, что именно он имеет в виду) нет у меня огорчений...нет у меня страхов...что-то попробовать не боюсь, что-то сделать не боюсь», «Я сержусь» – «Ссора с кем-то, кто не прав, а я прав, а он утверждает, что он прав», «Я боюсь» – «Я ничего не боюсь...я, вообще, безбашенный человек я в 8 годиков захотел пойти на крышу... он (друг) говорит: «Мне страшно», а мне пофиг...», «Я мечтаю» – «Дом, природа и я отдыхаю».

Самооценка испытуемого (по методике Дембо-Рубинштейн) отличается относительной дифференцированностью и обоснованностью, неустойчивостью с явной тенденцией к низкой (сила – 2 балла из 5 («Я слабый»), здоровье – 1 балл («Я болею»), ум – 3 балла («Я умный»), настойчивость – 2 балла («Не настойчивый, не умею настаивать на своем»), характер – 4 балла («Я добрый, отзывчивый»), счастье – 3 балла («Я не добился своих целей»)). Уровень притязаний в большинстве случаев (кроме показателей «счастье» и «здоровье») находится на уровне самооценки («Зачем? Мне не надо»). На вопрос «Ты соответствуешь своему идеалу?» отвечает: «Да...вот учиться...но мне доказали люди, что образование не нужно...». Исследование с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии не выявило повышенной тревожности (5 баллов) и депрессивных тенденций (4 балла) у испытуемого. Однако в процессе беседы юноша периодически отмечал: «Жизнь – скучная», что может свидетельствовать о наличии депрессивных тенденций.

Для внутрисемейных отношений испытуемого характерно наличие правильной иерархии в семейной системе (по методике «Семейные социогаммы»). Юноша оценивает свои отношения с родителями положительно. Отмечает, что иногда родители его ругают («С родителями ссорюсь из-за малого...что-то не хочу делать... папа покричит, скажет, что я наказан...ну я пойду, что мне остается делать...»). На рисунке семьи все члены семьи изображены улыбающимися. На рисунках семьи в виде животных и сказочных героев все персонажи наделены положительными характеристиками. Себя юноша идентифицирует с Буратино («Много вру, хороший, добрый,

отзывчивый»). Исследование детско-родительских отношений с помощью опросника «Анализ семейных взаимоотношений» (Эйдемиллер Э.Г. и др.) выявило недостаточность по отношению к ребенку в семье требований, запретов и санкций, непоследовательность родителей в воспитании.

Обсуждение результатов. Таким образом, на первой план в эмоционально-волевой сфере испытуемого выходят выраженные трудности эмоционально-волевой регуляции, склонность к импульсивным поступкам, эмоциональная лабильность, вызванные, с одной стороны – эмоционально-волевой и когнитивной незрелостью, с другой – низкой фрустрационной толерантностью и неустойчивой низкой самооценкой. Для внутрисемейных отношений испытуемого характерны наличие правильной иерархии в семейной системе, в целом доброжелательное и понимающее отношение родителей к ребенку, но недостаточность по отношению к нему требований, запретов и санкций, непоследовательность родителей в воспитании.

Следовательно, основными «мишенями» психотерапевтического воздействия в работе с семьей и подростком должны стать: повышение уровня функционирования волевых процессов подростка (через последовательную реализацию системы требований, поощрений и санкций по отношению к ребенку), повышение самооценки и в целом формирование положительного самоотношения у ребенка.

Вывод. Таким образом, психологическое исследование показало высокую эффективность в определении причин нарушения поведения у подростков, а также целей и задач планируемого психотерапевтического воздействия на него и его семью.

НЕОЖИДАННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Фоминых О.М.

АНО «Аутсайдервилль»

К настоящему моменту некоммерческий сектор имеет ключевое значение в цикле оказания психиатрической помощи в России: от стационарного лечения к амбулаторному этапу, от психофармакологии к психосоциальным и социокультурным программам. Государственные психиатрические службы как никогда нуждаются в «перехватывающих» общественно-ориентированных моделях сопровождения клиентов. В условиях уязвимой отечественной системы социального обслуживания, именно общественные организации становятся незаменимым связующим звеном этой цепи, способным заполнить зияющие «пробелы» между здравоохранением и соцслужбой.

В этой связи опыт АНО «Аутсайдервиль» выглядит более чем убедительным - при гармоничном взаимодействии НКО с медицинскими учреждениями и специалистами – можно отметить высокую эффективность такого подхода. В ходе реализации постоянно действующих программ значительно сокращается число госпитализаций среди подопечных, наблюдается восстановление утраченных социальных связей, уход от неблагоприятной среды, разрешение длительных конфликтных ситуаций с родственниками и окружением, появляется устойчивая мотивация, целеполагание, повышается стрессоустойчивость, способность к адаптации, стремление к благополучию и новому качеству жизни, нередко, именно благодаря непрерывному сопровождению, у подопечных наблюдается длительная устойчивая ремиссия.

Функциональные особенности НКО позволяют решать множество глобальных задач одновременно: восполнение дефицита социальных услуг, предлагаемых государством, индивидуальные или групповые программы сопровождения подопечных, гибкие возможности в апробации новых моделей оказания помощи, возможность взаимодействовать с различными секторами экономики, формировать общественное мнение, участвовать в законотворческих процессах, влиять на медиа и СМИ и т.д.

На примере АНО «Аутсайдервиль» можно утверждать, что тесное сотрудничество с учреждениями медицинского профиля и социального типа, другими некоммерческими организациями, реабилитационными центрами и клубными домами, правительственными и медийными структурами, музейными и культурными институциями, приводит к реализации максимально эффективных проектов и программ, нацеленных на профилактику психического здоровья граждан и зарождению актуальных общественно-полезных инициатив.

В ходе доклада будут освещены основные направления деятельности АНО «Аутсайдервиль», который уже более 12 лет поддерживает людей с ментальными особенностями в сложной жизненной ситуации и в социальной реабилитации, в том числе при помощи искусства и арт-терапии. Будут изложены принципы адресного сопровождения художников-аутсайдеров (направления *art brut* и *outsider art*), представляющих особую ценность не только для искусствоведов, но и для мировой общественности, а также экономики и культуры. Будут презентованы выставочные проекты и программы, нацеленные на просвещение в области психического здоровья, повышение психологической культуры, уровня толерантности общества и, самое главное, на социокультурную поддержку авторов с психиатрическим опытом.

АНО «Аутсайдервиль» систематически и адресно сопровождает людей с ментальными особенностями посредством программ психосоциальной и социокультурной реабилитации, оказывает консультационную и методическую помощь специалистам в области психического здоровья и арт-терапии, социальной сферы и культуры, оказывает материально-техническую помощь арт-студиям при учреждениях и других НКО. Для населения реализуются программы в области психопросвещения, повышения психологической культуры. Для различных целей применяются всевозможные, часто комбинированные форматы мероприятий и проектов (арт-терапевтические сессии и мастер-классы, студийные и выездные занятия, выставочная деятельность - сборные и персональные выставки, российские и международные проекты, научно-просветительские и образовательные мероприятия, лекции,

паблик-токи, кинопоказы, фото и видео проекты, культурно-досуговые программы), а также спецпроекты (например, «Арт-экспедиция», «АртПоток» и т.д.)

Деятельность «Аутсайдервиля» как эффективной модели НКО будет раскрывается через ключевые программы:

Ведущие арт-проекты с опорой на ресурсы творчества. Аутсайдерское искусство и арт-терапия.

Индивидуальные социокультурные маршруты для резидентов проекта (от инструментов монетизации результатов творческой продуктивности в пользу автора до социализации и ресоциализации)

Психообразование и психопросвещение.

Проект «Арт-Экспедиция» (исследование инклюзивных и арт-терапевтических практик, творческих ресурсов людей с ментальными особенностями, поиск художников-самоучек в государственных учреждениях психиатрического профиля, учреждениях социальной защиты, общественных организациях и культурных институциях в регионах РФ)

Роль волонтерского движения и формирования профессионального сообщества. Проект «АртПоток. Новое поколение профессионалов. Художественная практика и арт-терапия в психиатрии» (массовая подготовка первого поколения квалифицированных специалистов в области арт-терапии и реабилитации творчеством, осуществляющих профессиональную деятельность на основе единых подходов, теоретических и практических знаний, освоения полного цикла сопровождения людей с психическими особенностями в рамках арт-терапевтической деятельности на базе государственных учреждений и НКО, формирование добровольческого движения среди студентов, заинтересованных в сопровождении лиц с ментальными особенностями средствами арт-терапии и поддержке художников-аутсайдеров)

Роль медиа и СМИ. Художник-аутсайдер – фигура будущего («художник-аутсайдер — часть общественного передового отряда, он живет и трудится так, как должен трудиться человек в соответствии со своей свободной природой». В

нашем понимании, художник-аутсайдер – фигура будущего, в которой проявляют себя возможности, предоставленные прогрессом науки и техники. Резиденты «Аутсайдервиля» – не «беспомощные» благополучатели, а активные участники социальных процессов, волонтеры и кураторы, инициаторы новых проектов, инноваторы и изобретатели, являющиеся огромным ресурсом для общества, экономики и культуры).

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ГАЛЛЮЦИНОГЕНОВ (ДРВВГ)

Шайдеггер Ю.М., Шпорт С.В.

*ННЦН-филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России
Москва*

Несмотря на предпринимаемые комплексные мероприятия по борьбе с потреблением психоактивных веществ (ПАВ), данная проблема сохраняется крайне актуальной в Российской Федерации. Вместе с тем в последние годы заметно меняется паттерн употребления ПАВ молодыми людьми, приобретая тенденцию к «хаотичному полинаркотизму». Как известно, приобщение к некоторым ПАВ не всегда ведет к злоупотреблению ими, поскольку на процесс перехода от употребления ПАВ к развитию зависимости от него влияет множество факторов. Тем не менее в последние годы врачам психиатрам и психиатрам-наркологам приходится сталкиваться с феноменом, возникновение которого может быть обусловлено пагубным употреблением некоторых ПАВ, а в некоторых случаях данный феномен может развиваться у лиц после разовых проб ПАВ. Данное расстройство характеризуется наличием стойких нарушений сенсорного восприятия, а также явлений дереализации и деперсонализации (ДР и ДП), возникающих впоследствии употребления ПАВ, как правило, обладающих галлюциногенным действием, которые на момент возникновения нарушений восприятия полностью выведены из организма. Это персистирующее

психопатологическое состояние получило название ДРВВГ – «длительное расстройство восприятия, вызванное галлюциногенами». Подобные длительные нарушения восприятия, возникающие после употребления галлюциногенов, кодируются в Международной классификации болезней 10-пересмотра (МКБ-10) как F16.70 – «Резидуальные и отсроченные психотические расстройства».

В клинике Национального научного центра наркологии (ННЦН) – филиал ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России с января 2019 года по настоящее время в амбулаторных условиях было проконсультировано 25 пациентов, в ходе обследования которых было подтверждено наличие ДРВВГ. Возраст обратившихся составлял от 18 до 35-х лет, средний возраст – 25 лет. В нашей выборке преобладали пациенты мужского пола – их было 20 человек (80%).

У 16 (64%) обратившихся была выявлена отягощенная наркологическими и/или психическими заболеваниями наследственность.

В числе ПАВ, впоследствии употребления которых развились синдромы НРРД, указывались:

Растительные каннабиноиды – 6 человек (24%). В двух случаях (8%) каннабис был первым и единственным ПАВ, впоследствии употребления которого развились явления ДРВВГ (ДП, ДР и нарушения визуального восприятия).

LSD – 5 человек (20%);

MDMA – 5 человек (20%);

Также 5 обратившихся (20%) связали манифест ДРВВГ с предшествующим приемом сочетаний ПАВ: синтетические каннабиноиды и синтетические психостимуляторы; растительные каннабиноиды и LSD; растительные каннабиноиды и мефедрон; 2С-В и LSD; амфетамины, растительные каннабиноиды и алкоголь

Nbome-21 (N-метоксибензил, ПАВ класса фенилэтиламинов, сочетающее галлюциногенный и психостимулирующий эффекты);

2С-В (4-бromo-2,5-диметоксифенэтиламин, ПАВ класса фенилэтиламинов); мефедрон – по 1 человеку (4%);

В одном случае (4%) пациентка с разовыми пробами кокаина и мефедрона затруднилась связать развитие явлений ДП и ДР с каким-либо конкретным психостимулятором;

БАД «Эйфорил» – 1 пациентка (4%).

Большей половине обратившихся – 17 пациентам (68%) был установлен диагноз F1x.1 («употребление с вредными последствиями»), из них у трех пациентов (12%) отмечалась лишь разовая проба ПАВ. Более половины пациентов – 16 человек (64%) – сообщили о наличии т.н. «bad trip» в анамнезе, т.е. о наличии крайне неприятных галлюцинаторных расстройств устрашающего характера на высоте интоксикации, сопровождавшихся аффектом страха, паники, агрессии. Развитие «bad trip» пациенты самостоятельно связывали с «неудачным сочетанием ПАВ из различных групп и/или алкоголя», «утратой количественного контроля и передозировкой ПАВ». Манифест ДРВВГ данные пациенты связывали именно с интоксикацией, сопровождавшейся «bad trip». В промежутке времени от нескольких дней до 2-4 х недель от последней интоксикации ПАВ 80% пациентов описывали нарушение визуального восприятия и явления ДП И ДР. Также 10 пациентов (40%) описывали нарушения звукового восприятия в виде «притупленного, плоского звука» или громкого, назойливого писка или шума в ушах (тиннитус). У всех обратившихся вышеописанные изменения сопровождались развитием тревожных и аффективных расстройств. Все пациенты отчетливо осознавали связь развившегося состояния и предшествующего приема ПАВ, что являлось в 64 % случаев причиной полного отказа от ПАВ, алкоголя, которые усугубляли нарушения визуального восприятия и явления ДП и ДР.

В соответствии с данными литературы о значительном снижении интенсивности нарушений визуального восприятия при терапии антиконвульсантами, у всех пациентов с данной симптоматикой (20 человек, 80%) применялись антиконвульсанты. Препараты вальпроевой кислоты в

диапазоне доз от 150 до 600 мг получали 12 человек (48%); ламотридин в диапазоне доз 75–200 мг – 7 человек (28%); карбамазепин в дозировке 600 мг – 1 человек. Уже на этапе наращивания дозировок (в течение первой недели) пациенты отмечали некоторое снижение интенсивности нарушений визуального характера, уменьшение «вовлеченности», «озабоченности» данными нарушениями. Поскольку у всех пациентов, независимо от срока давности манифеста ДРВВГ, отмечались различной степени выраженности тревожные расстройства, в первые 10-14 дней всем обратившимся назначались небензодиазепиновые транквилизаторы (этифоксин 100-150 мг). Пациенты, как правило, быстро отвечали на назначение противотревожных препаратов и отмечали уменьшение интенсивности тревожных переживаний, в том числе по поводу своего физического и психического состояния, указывали на снижение частоты панических атак. Также с целью коррекции как тревожных, так и аффективных нарушений всем пациентам назначались антидепрессанты преимущественно группы СИОЗС (эсциталопрам 10–20 мг, сертралин 50-100 мг, пароксетин 10-20 мг, вортиоксетин 10-20 мг) и СИОЗСиН (миртазапин 30 мг – 2-м пациентам с выраженными диссомническими нарушениями). На фоне терапии антидепрессантами пациенты отмечали некоторое повышение активности, продуктивности, нормализацию ночного сна (миртазапин), снижение «фиксации» на своем болезненном состоянии, отмечали, что «становится легче отвлечься от неприятных визуальных эффектов», «на антидепрессантах становится будто бы легче смириться с новой реальностью». Выявленного влияния на явления ДП и ДР на фоне комплексной терапии (антидепрессант+антиконвульсант) за исключением 4-х человек (16%) пациенты не отмечали.

В случае назначения различных нейролептиков (эглонил, рисполепт, азалеπτин, кветиапин и пр.), это также не оказывало выраженного влияния на интенсивность ни ДР/ДП, ни визуальных расстройств, некоторые пациенты напротив, отмечали даже усиление ДР расстройств («как будто еще больше тело с головой разобщается»).

Таким образом, основными группами назначаемых препаратов для данной категории пациентов, на наш взгляд, являются антидепрессанты из группы СИОЗС и СИОЗСиН, антиконвульсанты и транквилизаторы короткими курсами (в начале терапии или при обострении симптоматики). На фоне данной терапии у пациентов, которые наблюдаются на регулярной основе (11 пациентов – 44%) отмечается заметное уменьшение интенсивности тревожных переживаний, некоторое снижение нарушений визуального восприятия (либо уменьшение «озабоченности», «вовлеченности» в данное расстройство), у значительно меньшего количества пациентов (16%) – уменьшение явлений ДР и ДП. При длительном (более 2-х лет) наблюдении единичных пациентов с ДРВВГ обращает на себя внимание отсутствие «полного разрешения» его проявлений, а также частое его рецидивирование, тенденция к усилению или даже возврату нарушений визуального восприятия и явлений ДП и ДР до прежнего уровня в стрессовых ситуациях, при переутомлении, при простудных заболеваниях, сопровождающихся лихорадкой.

Дальнейшее изучение клинических проявлений, вариантов течения и методов медикаментозной коррекции синдрома ДРВВГ является актуальной задачей, стоящей на стыке нескольких медицинских дисциплин.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ

Шапошникова Ю.В.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевой красноярский психоневрологический диспансер №1»

Красноярск

Актуальность проблемы депрессивных расстройств, манифестирующих в подростковом возрасте, определяется, прежде всего широкой распространенностью, трудностью распознавания данной патологии на ранних стадиях заболевания. У многих подростков наблюдаются эмоциональные состояния, искажающие процесс нормального развития, такие как тревога,

стресс, сниженный эмоциональный тонус, агрессивные реакции. По национальным шведским данным в период с 1985 по 2005 годы жалобы учеников 5, 7 и 9-х классов на свое психическое состояние (куда включены снижение самооценки, депрессия, тревога) существенно выросли. Опросы старших подростков (16-18 лет, общее число 1027) в Швеции показали, что усталость и грусть ощущали примерно 40% девушек и 20% юношей, в то время как ощущение постоянного напряжения и слишком высокие требования в школе отметили 64% девушек и 39% юношей. По итогам масштабного проекта SEYLE («Saving and Empowering Young Lives in Europe»), направленного на изучение психического здоровья подростков, охватившего 11 стран и более 12 000 школьников, можно отметить высокий процент тревоги и депрессии: 32% детей имели субпороговую и 5,8% – отчетливую тревогу (по шкале Зунга); 29% детей – субпороговую и 10,5% – отчетливую депрессию (по шкале Бека). Отечественные исследования распространенности депрессий в детско-подростковой среде немногочисленны и в целом подтверждают данные зарубежных исследований. Важно понимать, что депрессия у детей и подростков может иметь значительные долгосрочные последствия в будущем, заключающиеся в трудностях межличностных взаимоотношений, в снижении учебной и профессиональной успешности; в расстройствах, связанных с риском алкоголизации, употреблением психоактивных веществ.

Цель: выявление депрессии у подростков на доклиническом этапе.

Материалы и методы: всего обследовано 300 подростков (150 девочек и 150 мальчиков). Первичный этап обследования проводился в рамках ежегодного профилактического осмотра, во время которого были выбраны подростки для последующего наблюдения. Критерии включения: 1. Возраст 15-17 лет (средний возраст $16,5 \pm 0,5$). 2. Исследование проводилось на базе детского диспансерного отделения КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1» в течение 2020-2021 года. 3. Все дети являлись учениками 9-11х классов общеобразовательных школ. 4. Ранее у подростков не было выявлено психических заболеваний.

Во время проведения исследования использовались: диагностическая беседа, клинико-патопсихологические методы: HADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale)), методика Дерогатис, CDI, проективные методики (МЦВ, рисуночные).

Результаты их обсуждения: Осмотрено 300 подростков в рамках ежегодного профилактического осмотра (150 девочек и 150 мальчиков) у 15 девочек (10 %) и 5 мальчиков (3 %) выявлены жалобы на сниженное настроение, утомляемость, раздражительность, отсутствие интересов, тревожность, нарушения сна и аппетита. 5 (3%) девушек наносили поверхностные несуицидальные самоповреждения. Дальнейшее обследование проводилось на базе поликлинического отделения КГБУЗ ККПНД №1. У 3-х девочек и 1 мальчика жалобы на чувство никчемности и бесполезности, девушки имели трудности, связанные с пищевым поведением, времяпрепровождение и увлечения в основном были связаны с гаджетами, много времени проводили в интернете. У 5 девочек и 2-х мальчиков взаимоотношения в семье и с окружающими расценивались как неудовлетворительные, у подростков наблюдалось снижение успеваемости в школе, сложности в адекватном реагировании на возникающие трудности. Из 15 девочек по данным HADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии («Hospital Anxiety and Depression Scale»)), методика Дерогатис, CDI, проективные методики (МЦВ, рисуночные), у 9 (60%) выявлен легкий уровень тревоги и депрессии, у 6 (40%) выявлен умеренный уровень тревоги и депрессии. Из 5 мальчиков у 3-х (60%) выявлен легкий уровень тревоги и депрессии, у 2-х (40%) средний уровень тревоги и депрессии. Пациентам с легкой депрессией была оказана психотерапевтическая помощь, в дальнейшем состояние улучшилось. Подросткам с умеренным уровнем депрессии и тревоги было подобрано медикаментозное лечение и проведена психотерапия в течение 3-х месяцев. В дальнейшем по результатам обследования с (госпитальная шкалы HADS, методика Дерогатис, CDI, проективные методики), у всех подростков выявлено снижение уровня

депрессии и тревоги. Наблюдаемые жалобы на свое состояние не предъявляли, отмечали улучшение состояния.

Выводы: Проблема депрессии у подростков распространена в настоящее время. Диагностика депрессии у подростков зачастую затруднена из-за крайней изменчивости, неустойчивости и многообразия проявлений, маскированности соматической и вегетативной симптоматикой. В большинстве случаев к патологиям у подростков, проявляющиеся отклонениями в поведении, трудностями адаптации, перепадами настроения, утомляемостью, зачастую относятся как к вариантам нормы и необходимая помощь не всегда оказывается своевременно. Подростки могут иметь повышенную утомляемость и состояние тревоги, но связывать это с нагрузкой в школе и предстоящими экзаменами и не обращаться за помощью к психиатру, что в действительности может быть проявлением депрессивного эпизода. Для профилактики и назначения адекватного лечения необходимо своевременное выявление депрессий, с целью предотвращения развития осложнений психического состояния.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Абашкин Д.А.	15	Калинина М.А.	42
Аведисова А.С.	17	Карпов А.М.	66, 107
Авезов А.К.	21	Карпова Н.С.	53
Авезов С.К.	22	Карташов С.И.	92
Акжигитов Р.Г.	17	Кекелидзе Д.З.	111
Алфимова М.В.	15, 24	Кибитов А.О.	27
Арзуманов Ю.Л.	27	Клименко Т.В.	96
Артыкова М.А.	21, 22	Козловская Г.В.	42
Асадуллин А.Р.	31	Колкова К.М.	113
Ахкамов А.Д.	35	Кондратьев Н.В.	15
Бадритдинова М.Н.	37	Кононенко И.Н.	88
Баймеева Н.В.	39	Коровайцева Г.И.	70
Балакирева Е.Е.	42	Костюк Г.П.	92
Белова О.С.	46	Кременицкая С.А.	117, 121
Бойко О.М.	48	Крынский С.А.	123
Бохан Н.А.	51	Кузьмина С.В.	124
Брусов О.С.	53	Куликов А.Н.	128
Воронцова О.Ю.	48	Курасов Е.С.	130, 132
Гамова А.В.	57, 62	Кустов Г.В.	17
Герасимова В.В.	66	Кучерявая В.И.	88
Голимбет В.Е.	15, 24, 70	Лежейко Т.В.	24
Гольгина С.Е.	72	Линник А.А.	134
Гонжал О.А.	76	Лутова Н.Б.	137
Горецкая Т. А.	27	Любов Е.Б.	128
Григорьева И.В.	57, 62	Макаревич О.В.	137
Гусейнова З.Т.	104	Макарова Е.В.	117
Гуткевич Е.В.	77	Мальшко Е.В.	134
Дацковский И-В.М.	81	Мамедова Г.Ш.	92
Денисов В.Е.	27	Маркин К.В.	140
Денисова Е.А.	85	Марков А.В.	130, 132
Долинная А.В.	88	Медведева Т.И.	48
Ениколопов С.Н.	48	Мелёхин А.И.	143, 147
Заборин А.С.	92	Мельниченко В.В.	151
Зарудий А.Ф.	35	Мельниченко Г.А.	93
Захарова Н.В.	92	Меркулова Т.В.	27
Зеленкова-Захарчук Т.А.	93	Московцева О.Р.	51, 155
Зинчук М.С.	17	Мысливцева А.В.	134
Золотарева А.А.	94	Нейфельд Е.А.	156
Зубов Н.А.	96	Нуралиева Н.Ф.	93, 160
Иванов М.В.	42, 99, 104	Олейчик И.В.	53, 70

Орлов А.В.....	96	Тарханов В.С.	85
Орлов В.А.....	92	Трошина Е.А.....	93, 160
Пичиков А.А.	113	Тулбаева Н.Р.....	35
Плакунова В.В.	15	Тумова М.А.....	99, 104
Пономарева Е.В.	123	Туровская Н.Г.....	182
Попов Ю.В.	113	Фокин А.С.....	130, 132
Попова С.Б.	17	Фоминых О.М.....	186
Прохоров А.С.....	72	Хайретдинов О.З.	163
Прупес М.В.	161	Харькова О.А.....	161
Рубакова Л.И.....	163	Холодный Ю.И.....	92
Рыжова И.А.	168	Цыба И.В.....	88
Сахаров А.В.	72	Чупрова Н.А.	27
Святская Е.А.	17	Шайдеггер Ю.М.	189
Севостьянов Р.А.	169	Шамрей В.К.	130, 132
Селиванов Г.Ю.	51, 155	Шапошникова Ю.В.....	193
Семенова Н.Б.	172, 175	Шелег Д.А.....	156
Серазетдинова Л.Г.....	51, 155	Шилов Ю.Е.....	39
Сидорова Е.Ю.....	31	Шкуринова М.А.	92
Сизов С.В.	53	Шмилович А.А.	111
Симашкова Н.В.....	42	Шошина И.И.....	104
Смирнова С.К.....	179	Шпорт С. В.	189
Соколова Н.Н.	85	Юкина М.Ю.....	93, 160
Соловьев А.Г.....	46, 161	Язмуратов Ф.А.....	37
Соловьева Н.В.....	117, 121	Янушко М.Г.....	99
Становая В.В.....	104	Ясюкевич Н.Ю.	51
Степанова А.А.	99		

