Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Факультет фундаментальной медицины
Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова
Российское общество психиатров
Московское областное общество психиатров и психиатров-наркологов
Министерство здравоохранения Правительства Московской области
Психиатрическая служба Центрального Федерального округа Российской Федерации
Центральная клиническая психиатрическая больница Московской области
Институт психического здоровья и аддиктологии, г. Москва, Россия

МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«ПСИХИАТРИЯ И АДДИКТОЛОГИЯ В XXI ВЕКЕ: НОВЫЕ ЗАДАЧИ И ПУТИ РЕШЕНИЯ»

22 - 23 сентября 2022 г.

СБОРНИК ДОКЛАДОВ

Москва
2022

Под общей редакцией:

Б.Д. Цыганков
*член-корреспондент РАН, Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор,
заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
Вице-президент Российского общества психиатров, председатель Московского областного общества психиатров и психиатров-наркологов, главный внештатный специалист-психиатр по ЦФО РФ*

Научные редакторы:

Н.А. Бохан
*академик РАН, Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор,
директор НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН*

Д.Ф. Хритинин
*член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор,
профессор кафедры психиатрии и наркологии
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России,
лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники*

Ответственные секретари:

Я.В. Малыгин
д.м.н., профессор кафедры кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

Г.Р. Иванова
к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

Редакторы не несут ответственности за позицию авторов и достоверность представленных результатов

© Московское областное общество психиатров и психиатров-наркологов, 2022
© ООО «Цветографика», оформление, 2022

ВСТУПЛЕНИЕ

Я рад приветствовать глубокоуважаемых участников международной научно-практической конференции «Психиатрия и аддиктология в XXI веке: новые задачи и пути решения»! Желаю вам плодотворного общения и знакомства с новейшими научными достижениями!

В сентябре 2019 года на территории Научно-образовательного центра факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова впервые прошла научно-образовательная международная конференция, организованная Московским областным обществом психиатров и психиатров-наркологов совместно с ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова и кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Конференция с широкой тематикой «Мультидисциплинарные аспекты индивидуального подхода к проблемам психического здоровья в рамках биопсихосоциальной и духовной модели» вызвала глубокий интерес у участников - как докладчиков, так и слушателей. В ее работе приняли участие более 300 человек, включая ведущих специалистов в области клинической и биологической психиатрии, наркологии, сексологии, судебной психиатрии, психотерапии, клинической психологии. Среди слушателей были практические врачи, преподаватели ВУЗов, научные сотрудники биологических лабораторий Факультета фундаментальной медицины МГУ. Их взаимодействие открыло путь к новым областям фундаментальных исследований в медицине и заложило основы сотрудничества между образовательной, научной и клинической отраслями психиатрических специальностей.

В современных исследованиях, посвящённых классификации психических заболеваний, особо подчеркивается важность биологических критериев разграничения психозов. Успехи биологии и молекулярной генетики делают возможным использование наиболее современных методов в целях исследования и систематики отдельных нозологических форм или генетических факторов в патогенезе психических заболеваний. Такой подход позволит разработать новые методы диагностики и лечения душевных расстройств. Результатом совместных обсуждений по данной тематике на прошедшей конференции стало подписание исследовательского договора между ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова, кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова и Центральной Московской областной психиатрической больницей им. Ф.А. Усольцева (главный врач д.м.н. А.В. Масякин).

В ходе проектного исследования 2022 года «Поиск и установление функций морфогенетических факторов головного мозга, сопряженных с развитием когнитивных и психических расстройств» будет сделан первый шаг в понимании роли морфогенетических мозговых факторов и их различных геномных вариантов в развитии психических заболеваний.

Важность научно-образовательных конференций заключается в возможности ознакомиться и обсудить результаты исследований в области клинической и биологической психиатрии и смежных субспециальностей, определить тематику исследований в совместных научных проектах, повысить уровень образования практикующих врачей и привлечь молодых специалистов к научной деятельности.

Конференция «Психиатрия и аддиктология в XXI веке: новые задачи и пути решения» станет новым этапом на пути развития научных связей и перспективных исследований. Ее задачами станут обмен актуальными результатами самых современных научных изысканий в области психиатрии и повышение образовательного уровня практикующих врачей в области психиатрии и субспециальностей.

Выражаю уверенность в успешности предстоящей конференции и укреплении сотрудничества между различными научными и практическими коллективами в области охраны психического здоровья населения. Желаю участникам конференции ощутить удовлетворение от получаемой образовательной и научной информации, от полезных контактов с коллегами из различных научных, образовательных и лечебных коллективов, и дружеской атмосферы.

Б.Д. Цыганков
*профессор, член-корреспондент РАН,
председатель Московского Областного общества психиатров и психиатров-наркологов, вице-президент РОП, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова*

ЛОКУСЫ КОНТРОЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Е.К. Агеенкова[1], Н.Ф. Гребень[2]

[1] Минский инновационный университет, г. Минск, Республика Беларусь
[2] Республиканский научно-практический центр психического здоровья, г. Минск, Республика Беларусь

Ключевые слова: пациенты с алкогольной зависимостью, локусы контроля

В ряде исследований показано, что у пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ) выявлены зависимые расстройства личности [E. Echeburúa et all. 2005], а также отмечается, что на патогенез, клиническое течение, исходы лечения и рецидивы синдрома алкогольной зависимости могут влиять неадаптивные черты личности [S.R. Gedam, P.S. Pati, 2018], среди которых часто называется экстернальный локус контроля (Н.Г. Борок, М.А. Суботялов, 2016; Ю.А. Павликова, 2020; Н.Ф. Гребень, 2021).

Целью исследования было выявление локусов контроля у пациентов с АЗ при помощи метода нарративного анализа персональной сказки.

Материалом исследования явились персональные сказки, сочиненные пациентами с АЗ, проходящими медикаментозное и психотерапевтическое лечение в условиях стационара. В исследование приняли участи 48 человек (28 мужчин, 20 женщин).

Нарративовный анализ предполагал учет следующих переменных:

1) особенности жизни главного героя (ГГ) сказки на начальном этапе;

2) причина алкоголизации или иных проблемных ситуаций;

3) оценка ГГ своей жизни в конце сказки;

4) особенности поведения ГГ, приведшие его к завершающему этапу;

5) локус контроля ГГ на каждом этапе жизни.

Обнаружено, что 66,67% ГГ сказок использовали интернальный тип поведения. Однако к классическому интернальному типу поведения отнесено 18,75% случаев разрешения ГГ их жизненных проблем. При этом на первых этапах жизни поведение ГГ может характеризоваться экстернальным типом, но в ситуации выбора они предпринимают решение, радикально меняющее их образ жизни в положительную сторону.

Во вторую интернальную группу включено 25,0% исследуемых, которые причиной алкоголизации ГГ называют внешние обстоятельства, однако затем они принимают решение измениться или обратиться в лечебное учреждение с целью улучшения своей жизни, что указывает на интернальность. При этом в повествовании не указываются реальные формы желаемого поведения.

Третий тип интернальности (12,5% исследуемых) лишь формально можно отнести к данной группе, где у ГГ на всех этапах их жизни следуют своим желаниям, т.е. немотивированным внутренним побуждениям. Характерная особенность большинства данных сказок – их плохое завершение или сомнение ГГ в положительном результате.

Четвертый тип интернальности (10,42%) показал, что для ГГ характерен собственный жизненный выбор на всех этапах их пути. Но данный тип сказок депрессивный, ГГ в конце сказочного нарратива погибают, лишаются жизненных благ или спиваются, о чем, впрочем, не сожалеют.

Неоднозначная картина наблюдается у ГГ персональных сказок с экстернальным типом поведения. В первом типе экстернальности (20,83%) данный тип поведения наблюдается как на всех этапах их жизненных историй, так и на завершающей, где отмечается необходимость участия «добрых волшебников», друзей, семьи в своем восстановлении. При втором типе экстернальности (12,5%) ГГ персональных сказок все завершается печально – одиночеством, смирением перед злом, смертью близких людей.

Таким образом, анализ персональных сказок пациентов с АЗ, проходящих лечение позволил констатировать:

1) использование проективного метода «Персональная сказка» позволяет определять локусы контроля в различные периоды жизни;

2) под характеристики интернальности и экстернальности подпадают разные и не однозначные феномены регуляции субъектом собственной деятельности;

3) для пациентов с АЗ их выбор интернального или экстернального типа поведения не гарантирует надежды на положительный исход жизненного процесса;

4) психотерапия пациентов с АЗ должна включать не только мотивировку на положительный результат, но и быть нацеленной на формирование конкретных решений жизненных проблем.

ПАРНЫЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ И ПОРНОЗАВИСИМОСТЬ

И.Р. Айриянц

Отделение сексологии МНИИП - филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Изучение парных сексуальных дисфункций, как «нарушений сексуального взаимодействия сексологически здоровых супругов» (Здравомыслов В.И., 1972; Bell A.P. et al.1981), приобретает особую значимость в наш век сексуальной рецессии, демографической «ямы» и поисков новых концепций парного взаимодействия, взамен привычного патриархального уклада семьи.

Рассматривая сексуальную дисгармонию, как «предпатологическое состояние у супругов» (Э.М. Дворкин 1985), мы отмечаем особую значимость возможности своевременного профилактического воздействия сексолога и семейного психотерапевта на парные сексуальные дисфункции для гармонизации интимной жизни в паре и формирования стабильного союза с возможными прокреативными целями.

Новый вид аддикции, выделяемый всемирным медицинским сообществом – порнозависимость, как было принято считать ранее, распространенный преимущественно среди мужчин, по нашим данным, все чаще играет роль в формировании парных сексуальных дисфункций.

У женщин, все чаще прибегающих к просмотру порнографических материалов (рост за 20 лет от 40 до 70% по некоторым сведениям), как и у мужчин, порнозависимость приводит к формированию нереалистичных представлений, ожиданий и запросов, как к физическим данным реального или потенциального полового партнера, так и к его физиологическим способностям. Так, например, пациентки отмечают нацеленность партнеров на полигамные, садо-мазохистические, экстрагенитальные формы сексуального взаимодействия, которые настолько часто отображаются в порно, что воспринимаются в возрастной группе 20-30 лет нормативными (вариантами нормы).

По материалам нашего исследования, в котором анализировались данные Опросника сексуальных фантазий Уилсона в двух группах - контрольной (студентки) и группе пациенток, страдающих сексуальными дисфункциями, обнаруживалась выраженная корреляция между полигамными и би-и гомо-сексуальными фантазиями, что обсуждалось с респонденткам. 36% респонденток из контрольной группы и 64% из группы пациенток отмечают пробуждения подобных интересов и фантазий на фоне просмотра порноматериалов соответствующего содержания. У 50% пациенток эти тенденции реализовались на практике, что сыграло свою роль в генезе сексуального расстройства и парной дисфункции.

ОРГАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Н.А. Александрова

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

Ключевые слова: органическое расстройство личности, коморбидная патология, несовершеннолетние, подростки, психоактивные вещества, агрессивные действия

Органические расстройства личности являются одной из самых распространенных нозологических форм в судебно-психиатрической практике несовершеннолетних.

Международная классификация болезней (МКБ-10) не делает исключения для квалификации органической психической патологии в подростковом возрасте. Взрослый и подростковый возраст имеют единый диагностический подход.

Для систематизации клинических проявлений, а также диагностической квалификации в экспертной клинике выделены основные и дополнительные регистры психопатологических симптомокомплексов. К основным регистрам относятся личностный, органический, дизонтогенетический, к дополнительным - подростковый психопатологический, психоэндокринный, неврологический, патопсихологический.

При диагностике органического личностного расстройства необходимо учитывать возрастные темпы развития, экзогенные воздействия, дисгармонию пубертатного периода. Среди основных критериев диагностики органического расстройства личности в подростковом возрасте выделяют поведенческие расстройства, различные аддикции, расстройства когнитивной сферы, что проявляется дефицитарностью познавательных функций (мышления, восприятия, внимания, памяти и речи); аффективные расстройства с преобладанием дисфорических, дистимических и субдепрессивных форм. При развитии на фоне церебрально-органической недостаточности зависимость от психоактивных веществ усугубляет имеющиеся нарушения психоорганического ряда, усложняя и видоизменяя их клиническую картину, кроме того существует возможность развития иных психических расстройств на фоне органической психической патологии при дополнительном воздействии интоксикационных вредностей. Рядом исследователей были выделены факторы риска формирования зависимости от психоактивных веществ, среди них - минимальная мозговая дисфункция в детском возрасте, дефицит внимания, пубертатный период с преобладанием психического инфантилизма, эмоциональная лабильность, употребление алкоголя и психоактивных веществ в подростковом возрасте. Если аддиктивное поведение начинается в подростковом возрасте, то риск формирования зависимости от психоактивных веществ существенно возрастает.

Раннее появление аддиктивного поведения редко проявляется изолированно; чаще всего оно сочетается с нарушениями психического развития и психической патологией. Для подросткового периода характерны реакции имитации и группирования со сверстниками. Поведенческие нарушения, аффективные расстройства в рамках психической патологии подталкивают подростков к экспериментам с наркотиками. Подростки с органическим расстройством личности легко перенимают асоциальный стиль поведения, прибегают к первым пробам психоактивных веществ. Негативный опыт постоянно повторяется, в результате формируется зависимость, коморбидная с органическим расстройством личности. Зависимость от психоактивных веществ усугубляет течение основного психического расстройства, усложняет клиническую картину, способствуя декомпенсации и возникновению прогредиентных форм.

Сочетание психических расстройств и аддиктивного поведения определяет не только неблагоприятный прогноз течения заболевания, но и высокий риск агрессивных и антиобщественных действий, противоправной активности несовершеннолетних. Противоправные деяния подростков с коморбидной патологией часто отличаются слабой мотивированностью, жестокостью и нередко совершаются неоднократно.

Причиной внимания судебных психиатров к несовершеннолетним с органическим расстройством личности является частота совершения общественно опасных деяний среди таких подростков. В период совершения противоправных деяний происходит значительное искажение прогнозирования последствий действий и поступков, утрата контроля над импульсами и побуждениями, возникающие агрессивные побуждения не контролируются из-за слабости компенсаторных механизмов.

ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫЙ ДИАТЕЗ КАК ПРЕДПОСЫЛКА НЕВРОТИЧЕСКОГО КОНФЛИКТА

Б.Е. Алексеев

Кафедра психотерапии, мед. психологии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Ключевые слова: половая идентичность, полоролевое поведение, невротический конфликт

Цель исследования – изучить особенности половой идентичности полоролевого поведения женщин, больных невротическими расстройствами.

Материал. Обследовано 94 пациентки стационара. Диагноз больных соответствовал разделу F4 «Невротические и связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (МКБ-10, 1994). В качестве контрольной группы исследовано 50 женщин без психических расстройств.

Методы исследования. Для определения половой идентичности служил семантический дифференциал (Osgood Ch., 1969). Применялся специально разработанный набор шкал (Каган В.Е., Колесов В.П., Сингуринди Э.Г., 1981), модифицированный Б.Е. Алексеевым (2001). Методика «Диагностика акцентуаций полоролевого поведения» (Алексеев Б.Е., 2001) применялась для оценки полоролевого поведения.

Результаты. Показатели свидетельствуют о меньшей выраженности фемининного компонента в структуре базовой и персональной идентичности женщин, больных невротическими расстройствами, по сравнению со здоровыми женщинами.

У женщин, больных невротическими расстройствами, в структуре базовой идентичности маскулинный компонент преобладает над фемининным компонентом (инверсия по отношению к паспортному полу). В контрольной группе в структуре базовой идентичности здоровых женщин фемининный компонент, наоборот, преобладает над маскулинным компонентом (соответствует паспортному полу).

В структуре персональной половой идентичности женщин основной группы маскулинный и фемининный компоненты менее выражены, чем у здоровых женщин.

Изучение взаимосвязей компонентов структуры половой идентичности женщин проводилось путем анализа интеркорреляций индексов половой идентичности семантического дифференциала в зависимости от уровня маскулинной акцентуации полоролевого поведения. Таким образом, получилось четыре группы сравнения:

акцентуированные и неакцентуированные женщины в клинической и контрольной группах.

В группе здоровых женщин, у которых не выявлено маскулинной акцентуации полоролевого поведения, индекс фемининности по фактору силы положительно взаимосвязан с индексом фемининности персональной идентичности, индекс маскулинности по фактору силы положительно взаимосвязан с индексом маскулинности персональной идентичности. Следовательно, половая идентичность характеризуется дифференцированностью маскулинного и фемининного радикалов.

В группе здоровых женщин с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения фемининный и маскулинный компоненты половой идентичности также связаны с соответствующими элементами более глубоких структур. Кроме того на уровне базовой идентичности наблюдается взаимосвязь маскулинного и фемининного радикалов. Этот факт подтверждает нашу мысль о том, что М-Ф измерение (базовый уровень полоролевого поведения) является аспектом для половой идентификации наряду с другими общепризнанными аспектами: телесными, психическими, психологическими, социокультуральными (2001, 2006).

У женщин, больных невротическими расстройствами, у которых нет маскулинной акцентуации полоролевого поведения, маскулинные и фемининные компоненты половой идентичности прямо связаны не только с соответствующими компонентами базовой половой идентичности, но также тесно положительно взаимосвязаны между собой: чем больше выражен маскулинный компонент, тем более выражен и фемининный компонент половой идентичности. Это отражает некоторую недифференцированность и неопределенность их половой идентичности.

Среди женщин, больных невротическими расстройствами, у которых имеется маскулинная акцентуация полоролевого поведения, выявлены иные взаимосвязи. Все структурные элементы идентичности: базовые маскулинность и фемининность, а также персональные маскулинность и фемининность – связаны друг с другом, в т.ч. образуют перекрестные связи. Это свидетельствует о высокой степени неопределенности, размытости и недифференцированности половой идентичности. Можно заключить, что у женщин, больных невротическими расстройствами, недифференцированность половой идентичности тем больше, чем выше уровень маскулинной акцентуации полоролевого поведения. Чем маскулинная акцентуация выше, тем менее адекватно и менее дифференцированно восприятие различных аспектов полоролевого поведения.

На следующем этапе изучались взаимосвязи полоролевого поведения и половой идентичности у женщин клинической и контрольной групп.

В результате проведенного корреляционного анализа у женщин, больных невротическими расстройствами, между показателями полоролевого поведения и половой идентичности ни одной значимой взаимосвязи выявлено не было.

У женщин контрольной группы такая связь имеется, чем более выражена маскулинная акцентуация полоролевого поведения, тем больше в структуре половой идентичности маскулинный компонент преобладает над фемининным. Это означает,что в группе здоровых женщин высокий уровень согласованности структур полоролевого поведения и половой идентичности. Подобной согласованности в группе женщин, больных невротическими расстройствами нет.

Выводы. У женщин, больных невротическими расстройствами, отмечается недостаточность развития компонентов половой идентичности. При этом у них половая идентичность отличается иным соотношением структурных компонентов, нежели у здоровых женщин. С клинической точки зрения отмеченные особенности можно рассматривать как задержку и искажение развития идентификационного компонента психосексуальной сферы, что делает сексуальные отношения наиболее конфликтной областью (Алексеев Б.Е., Щелкова О.Ю., 2019). Данная коллизия является одним из проявлений психосексуального диатеза и предпосылкой, а также фактором полоролевого конфликта (Алексеев Б.Е., 2017) и невротического конфликта в широком плане.

САМООТНОШЕНИЕ И ТРЕВОГА О ЗДОРОВЬЕ У ЛИЦ С НАМЕРЕНИЕМ СМЕНЫ ПОЛА

Г.Н. Алексеева[1], Е.И. Первичко[2]

[1] ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва
[2] МГУ им. М.В. Ломоносова, ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Установление диагноза F64.0 «транссексуализм» требует ответственного подхода, поскольку этот диагноз даёт право пациентам с намерением смены пола пройти гормональное и хирургическое лечение, что может привести к необратимым последствиям. В компетенции психолога входят задачи дифференциальной диагностики с определением критериев разграничения транссексуализма и гендерной дисфории в рамках каких-либо психических заболеваний, а также проведение психокоррекционной работы.

Цель исследования. Оценка уровня тревоги о здоровье и самоотношения как прогностических факторов успешности психотерапевтических воздействий.

Задачи исследования

- Определить особенности самоотношения у лиц с намерением смены пола.
- Выявить уровень тревоги о здоровье.
- Установить характер взаимосвязи самоотношения и уровня тревоги о здоровье.

Материал исследования. В исследование включены 28 человек с намерением смены пола, обратившиеся в отделение сексологии НМИЦ ПН им. В.П. Сербского в 2019-2022 гг. для оказания сексологической и психологической помощи. Получено добровольное информированное согласие для проведения исследования.

Мотивация к смене пола определялась стремлением избавиться от половых признаков своего биологического пола, приобрести фенотипические признаки противоположного пола, реализовать свою гендерную роль и получить признание в социуме, сменив паспортный пол.

Подавляющее большинство пациентов, вошедших в исследование, имеет диагноз «Шизотипическое расстройство» (80%), в остальных случаях диагноз «Транссексуализм». В исследовании участвовали молодые люди – мужчины и женщины от 18 до 30 лет.

Методический комплекс. Социально-демографический опросник для исследования в условиях пандемии COVID-19 здорового населения (Первичко и др., 2020).

Опросник реактивной тревожности Спилбергера (Spielberger et al., 1983; Ханин, 1983; Леонова, 2013).

«Шкала воспринимаемого стресса-10» (Абабков и др., 2016; Cohen, Kamarck, Mermelstein, 1983)

Опросник «Факторы тревоги о здоровье» (русскоязычная версия краткого опросника P.Salkovskis et al, 2002).

Исследование самооценки по Дембо-Рубинштейн, шкала «Здоровье».

Цветовой тест отношений (Эткинд А.М., 1980).

Методика «МиФ» (Маскулинность и Фемининность), (Т.Л. Бессонова, 1994 в модификации Н.В. Дворянчикова, 1998).

Результаты исследования. У 50 % пациентов показатели шкалы тревоги о здоровье оказались незначительно выше или равны средним значениям. Остальные 50 % имеют низкий уровень тревоги о здоровье. У 60% пациентов преобладает «бдительность к телесным ощущениям» над «страхом негативных последствий».

Выявлен высокий индекс личностной тревожности у 60 % пациентов, у 40 % - умеренный. Индекс ситуативной тревожности в пандемийный период у 63% пациентов высокий, у 25% – умеренный, у 12% - низкий.

В подавляющем большинстве случаев самоотношение является негативным у 65 % пациентов, амбивалентным у 20 %, имеет положительную окраску только у лиц с диагнозом

«Транссексуализм». Самоотношение характеризуется недружественным отношением к собственному Я и к своей телесности (от неприятие до ненависти и отвращения).

Самоуважение у данных пациентов зависит лишь от степени соответствия избранному гендеру и признания со стороны социума. Оценка пациентами своего соответствия основывается на маскулинных и фемининных паттернах поведения и внешности.

При относительной дифференцированности когнитивных представлений о гендерных ролях, очевидна недостаточность эмоциональной сферы, а именно отсутствие эмоционального отождествления как с женской, так и с мужской ролью, что связано с процессуальными изменениями эмоциональной сферы.

Выводы. Средний и выше среднего показатели тревоги о здоровье и достаточно высокие уровни личностной и ситуативной тревожности у данных пациентов находятся в сопряженном состоянии с их негативным самоотношением, низкими самоуважением и аутосимпатией.

Тревога о здоровье, страх причинить вред своему здоровью, несмотря на неприятие своей телесности и гендерную дисфорию, вероятно, могут быть достаточными для того, чтобы пациент воздержался от гормональных и хирургических вмешательств по поводу смены биологического пола.

Таким образом, тревога о здоровье и особенности самоотношения пациента являются, на наш взгляд, прогностически значимыми признаками относительно смены биологического пола и могут стать отправными точками в проведении психотерапии, направленной на уменьшение объема медицинских вмешательств.

ТЕРАПИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ И ПИЩЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

С.О. Афанасьев, О.Ю. Ширяев, И.С. Махортова

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж
Клиника «ЛИОН-МЕД», г. Воронеж

Ключевые слова: социальная тревога, когнитивно-поведенческая психотерапия, пищевые нарушения, студенты-медики

Актуальность. В исследовании тревожных заболеваний у обучающихся ВУЗов, проведенном Wang X (2019) отмечается, что частота встречаемости заболеваний тревожного спектра у студентов-медиков за последние годы увеличилась в сравнении со студентами других направлений обучения.

Значительная часть студентов медицинского профиля в годы обучения в ВУЗе находится в состоянии напряжения и перенапряжения, и даже – в состоянии срывов адаптационных процессов (Малыгин В.Л. и соавт. 2005).

В современном мире под влиянием различных факторов: пропаганда разнообразных диет, реклама очень худых моделей - отмечается значительный рост частоты пищевых нарушений (Цыганков Б.Д., Артемьева М.С. и соавт., 2015).

В обширном метаанализе взаимосвязей социального тревожного расстройства (СТР) и расстройств пищевого поведения (РПП), проведенном Harrison A и соавт. (2018) отмечено, что СТР зачастую является триггером формирования РПП.

По причине высокой частоты встречаемости социальной фобии и сопутствующих РПП у студентов оптимизация процесса раннего выявления и коррекции данных заболеваний является значимым и злободневным вопросом современной психиатрии.

Цель – оценка эффективности лечения социальной тревоги и коморбидных РПП среди студентов медицинского ВУЗа.

Задачи:

1. Сравнить эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии, фармакотерапии и их комбинации при данных нарушениях среди студентов-медиков.

2. Оценить взаимосвязь выраженности социальной тревоги и пищевых нарушений.

Материалы и методы исследования.

Исследование проводилось среди студентов ВГМУ им. Н.Н. Бурденко. Участники исследования были рандомизированы и разделены на четыре группы: первая группа – индивидуальная когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) (n=26), вторая группа - сочетание индивидуальной КПТ и фармакотерапии сертралином 100 мг/сут (n=24), третья группа - фармакотерапия сертралином 100 мг/сут без психотерапии (n=29), четвертая группа - когнитивно-поведенческая групповая психотерапия (КПГТ) (n=27).

Оценка результатов терапии проходила с использованием Шкалы социальной тревоги Лейбовица, Голландского опросника пищевого поведения, Шкалы тревоги Бека.

Результаты и их обсуждение.

В первой группе (КПТ) достоверные отличия от исходного уровня социальной тревоги, оцененной по шкале Лейбовица, отмечены на 60 день от начала терапии ($p<0,05$). Во второй группе участников терапии (индивидуальная КПТ в сочетании с фармакотерапией сертралином 100 мг/сут) достоверные отличия от исходного уровня социальной тревоги представлены на 60 день от начала лечения ($p<0,05$). В третьей группе (сертралин 100 мг/сут) достоверных отличий от исходного уровня социальной тревоги за период исследования отмечено не было. В четвертой группе (КПГТ) достоверные отличия от исходного уровня социофобии отмечались на 60 день терапии ($p<0,05$).

Выводы.

Наилучшие результаты терапии были отмечены в первой и второй группах участников исследования, с применением методик индивидуальной КПТ и сочетанием КПТ и фармакотерапии. Эффективность лечения в обеих группах является сопоставимой. Следующим по эффективности методом терапии по данным исследования была когнитивно-поведенческая групповая терапия (КПТГ), примененная среди четвертой группы участников. Наименьшую эффективность показало применение фармакотерапии без психотерапии в третьей группе студентов.

1) Степень выраженности социальной тревоги положительно коррелировала с наличием признаков пищевых нарушений (эпизоды переедания, компенсаторное поведение, пищевая рестрикция). В ходе терапии отмечалось снижение частоты встречаемости признаков пищевых нарушений соответственно снижению уровня социальной и общей тревожности у студентов медицинского ВУЗа.

2) Степень выраженности социальной тревоги положительно коррелировала с наличием признаков пищевых нарушений (эпизоды переедания, компенсаторное поведение, пищевая рестрикция). В ходе терапии отмечалось снижение частоты встречаемости признаков пищевых нарушений соответственно снижению уровня социальной и общей тревожности у студентов медицинского ВУЗа.

БЕСПОКОЙСТВО О ПРОГРЕССИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

П.С. Ахмерова, А.Р. Гараева, В.В. Огарев, Н.А. Сирота

ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России, г. Москва
МКНЦ им. А.С. Логинова, г. Москва

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, Болезнь Крона, внутренняя картина болезни, беспокойство о прогрессировании заболевания

Актуальность. К воспалительным заболеваниям кишечника (ВЗК) относятся Болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК). Это хронические аутоиммунные заболевания, которые требуют сложных схем лечения, в том числе и хирургических вмешательств, что повышает беспокойство о прогрессировании заболевания. Одну из главных ролей в обострении ВЗК играет психоэмоциональный стресс, также известно, что у пациентов с ВЗК в 2-3 раза выше распространенность тревоги и депрессии, чем в общей популяции.

Цель: анализ и описание беспокойства о прогрессировании заболевания у пациентов с ВЗК.

Задачи: исследовать структуру и интенсивность страха (беспокойства) о прогрессировании болезни пациентов с разным уровнем восприятия болезни как угрозы для жизни.

Материалы: исследование проводилось на базе отделения воспалительных заболеваний кишечника «Московского клинического научного центра имени А.С. Логинова». Обследовано 52 пациента с верифицированным диагнозом ВЗК: из них 29 с Болезнью Крона, 23 с язвенным колитом, 55,8% и 44,2% соответственно), из них 21 мужчина (40,4%) и 31 женщина (59,6%), в возрасте от 18 до 75 лет (средний возраст группы – 38,2 ± 13,4 лет). Психодиагностические методики: «Краткий опросник восприятия болезни», Э. Броадбент (2006), адаптирован В.М. Ялтонским, Н.А. Сирота, Д.В. Московченко, А.В. Ялтонской (2017); «Методика диагностики беспокойства о прогрессированиии онкологического заболевания», Н.А. Сирота, Д.В. Московченко (2016).

Результаты и обсуждение. Деление выборки на 2 группы выполнено по степени восприятия болезни как угрозы, шкала общего уровня угрозы «Краткого опросника восприятия болезни»: больше 41 балла – восприятие болезни, как выраженной угрозы (32 человека = 61,5%), меньше 41 балла – восприятие болезни, как умеренной угрозы (20 человек = 38,5%). Достоверно значимые различия в группах с выраженной и умеренной угрозой восприятия болезни выявлены по показателям: интенсивность беспокойства о прогрессировании заболевания, убежденность во врачебном контроле и негативное мышление. Пациенты с выраженной угрозой восприятия болезни больше беспокоятся о её прогрессировании и рецидивах, больше обдумывают свой диагноз, придумывают катастрофические сценарии развития. При этом они больше уверены в излечимости и врачебном контроле. Также обнаружены значимые различия между группами по всем показателям эмоционального компонента. У группы с выраженным уровнем угрозы восприятия болезни больше проявляются эмоциональные реакции на лечение, страхи за семью и страх утраты автономии, страх стать обузой. Значимых различий между группами с выраженным уровнем угрозы восприятия и умеренным уровнем по поведенческому компоненту обнаружено не было.

Выводы: повышает беспокойство о прогрессировании заболевания низкая убежденность в излечимости ВЗК и низкий уровень врачебного контроля над ними. По результатам сравнительного анализа групп с выраженной и умеренной угрозой восприятия болезни интенсивность беспокойства о прогрессировании заболевания, негативное мышление и убежденность во врачебном контроле выше у группы с выраженной угрозой. Также, у группы с выраженной угрозой сильнее проявляются семейные страхи, страх утраты автономии и отмечается более выраженное эмоциональное реагирование на лечение.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВЫХ ДЕПРЕССИЙ

С.Б. Бабарахимова

Кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить особенности депрессивной симптоматики у подростков с учётом их личностных характеристик для оптимизации ранней психопрофилактики и психокоррекционной помощи. Материал и методы исследования: объектом для исследования было выбрано 111 подростков в возрасте от 15 до 19 лет включительно, 78 мальчиков и 33 девочек (средний возраст 16,96+1,98 лет). Личностные особенности подростков мы определяли при МДПО Личко А.Е., Иванов Н.Я. 2001г. Депрессивные расстройства нами были выявлены с помощью шкалы самооценки депрессии Цунга (ZDRS) (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 1995).

Результаты и их обсуждения: В нашем исследовании все подростки были распределены на пять групп в зависимости от преобладания ведущего симптома депрессии - дисфорическая, тревожная, дисморфофобическая, астеноапатическая и маскированная. Дисфорическая депрессия клинически проявлялась вспышками тоскливо-злобного настроения, конфликтностью, агрессией, грубостью по отношению ко взрослым, особенно к родителям и близким родственникам на фоне пониженного психоэмоционального состояния. В клинических проявлениях дисфорической депрессии нами выявлены аддиктивные формы нарушения поведения: склонность к агрессии и физическому насилию, мелким правонарушениям, воровству, побегам из дома и бродяжничеству, табакокурение, ранняя алкоголизация и эпизодическое употребление ПАВ. У подростков с тревожной депрессией на фоне сниженного настроения возникало чувство ожидания опасности непределённого характера, которое формировало представление о неблагоприятном развитии событий. Тревожная депрессия была установлена у 30 подростков обследуемой группы.

Дисморфофобическая депрессия наблюдалась лишь у 14 (12,61%) девочек-подростков. В клинической картине дисморфофобической депрессии преобладали жалобы на чувство собственной неполноценности, наличие физических недостатков, несоответствие эталонам и стандартам красоты. В клинической картине астеноапатической депрессии ведущими жалобами были быстрая утомляемость и слабость, упадок сил, снижение двигательной активности, плохая переносимость большого скопления людей, невозможность находится в обществе сверстников и одноклассников, трудности в общении, бездеятельность, чувство скуки и уныния. Наличие данной симптоматики вызывало у подростка стремление к одиночеству, ощущение неполноценности, никчёмности, нарушение взаимоотношений с родителями и близкими, расстройство школьной адаптации и формирование суицидальных мыслей и намерений.

Вариант астеноапатической депрессии встречался у 14 подростков, которые в большей мере предъявляли жалобы на слабость, плаксивость, быструю истощаемость и усталость. У пациентов с маскированной депрессией на первом плане были жалобы ипохондрического характера соматической симптоматики, такие подростки агравировали имеющимися соматическими заболеваниями, на фоне пониженного настроения, отсутствия аппетита, повышенной утомляемости, отказывались посещать школьные занятия и уроки, готовить домашние задания, помогать по дому.

Маскированнная депрессия встречалась у 20 пациентов исследуемой выборки. Нами была изучена корреляция между клинической формой депрессии и типом акцентуации характера подростка.

Сравнительный анализ распределения подростков с разным типом акцентуации характера в зависимости от клинической формы депрессии выявил относительное преобладание дисфорических депрессий у подростков с эпилептоидной акцентуацией характера (18,0%). Тревожная депрессия чаще наблюдалась у подростков с психастеническим складом личности (12,6%), Астеноапатическая депрессия чаще наблюдалась у истерических личностей (5,4%), Дисморфофобическая депрессия встречалась у 11,7% подростков с истероидной акцентуацией характера.

Выводы: таким образом, наиболее чаще в пубертатном формируются дисфорические депрессии со значительными нарушениями поведения у лиц с эпилептоидной акцентуацией характера.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Е.И. Бабушкина, А.П. Сиденкова

Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет», г. Екатеринбург

Ключевые слова: подростковая алкогольная зависимость, факторы формирования алкогольной зависимости

Актуальность исследования. Алкоголизация подростков является социальным индикатором психического здоровья общества. Раннее употребление алкоголя пагубно влияет на физическое и психическое здоровье подростков, способствуя формированию в дальнейшем алкогольной зависимости.

Цель исследования – выявить основные факторы риска формирования алкогольной зависимости у подростков.

Материалы и методы. В 2019-2020 гг. в г. Екатеринбурге, в рамках общероссийского проекта, было проведено исследование распространённости потребления психоактивных веществ среди учащихся 9-11-х классов образовательных школ.

В исследовании приняли участие 1016 учащихся, из них: 42,8% девушек и 57,2% юношей.

Для сбора информации использовался метод анонимного анкетирования. Анкеты разработаны сотрудниками Центра мониторинга вредных привычек среди детей и подростков Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ (г. Москва).

Результаты и обсуждение. Основная часть обследованных подростков, проживает в полных семьях (девушки – 75,4%; юноши – 80,5%); оба родителя участвуют в процессе воспитания. Тем не менее, в исследовании выявлено снижение возраста начала употребления алкоголя подростками: в возрастном интервале «до 10 лет и ранее» девушки (6,7%) приобщаются к спиртным напиткам в 1,8 раза чаще, чем юноши (3,7%). Наиболее интенсивно процесс приобщения к алкоголю начинается в возрасте 11-12 лет, достигая пика в 13-14 лет: у девушек (17,7%), а у юношей (20,9%).

Наиболее частым мотивом употребления алкоголя выступают семейные традиции – отмечать семейные торжества и праздники: впервые попробовали алкоголь 36,1% девушек и 23,9% юношей.

При исследовании были обнаружены гендерные отличия в структуре потребления алкоголя у подростков. Первой пробой спиртного у юношей чаще является пиво (17,2%) и вино (14,5%). У девушек – шампанское (25,3%) и вино (16,1%). Также выявлено различное отношение подростков к употреблению алкогольных напитков: 59% девушек и 65% юношей от общего числа респондентов отрицательно относятся к алкоголю, считая его вредным для здоровья. В тоже время 26% девушек и 17% юношей считают, что употребление качественных алкогольных напитков в умеренных объемах не приносит вреда человеку, а 11% подростков «точно не уверены во вреде алкоголя». При этом, около 3% девушек и 6% юношей считают алкоголь безвредным для здоровья.

Большое значение для подростков имеет отношение их друзей к употреблению алкоголя. Так 10,3% девушек и 8,1% юношей одобряют употребление алкоголя подростками и считают это нормой, а 1/3 подростков безразлично относится к друзьям, употребляющих алкогольных напитков. Только четвертая часть подростков, участвующих в исследовании (юноши – 28,7%, девушки – 19,5%) негативно относятся к лицам, употребляющих алкогольные напитки.

Таким образом, проведение многовекторной первичной профилактики алкогольной зависимости не только непосредственно в подростковой среде, но также с родителями и педагогами с привлечением сотрудников наркологической службы, позволит сформировать нетерпимое отношения к употреблению алкоголя, выявить группы риска среди подростков, усиливая тем самым контроль школы и усиление влияния социальной среды.

Выводы. Основными факторами риска формирования алкогольной зависимости у подростков являются а) раннее начало интенсивного приобщения к алкоголю: в 15-16 лет у девушек и в 13-14 лет у юношей; б) приобщение к алкоголю в рамках родительской семьи, как традиция отмечать семейные торжества и праздники; в) в значительной степени безразличное отношение самих подростков к употреблению алкоголя их сверстниками – знакомыми и приятелями.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ АДДИКТИВНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

О.С. Байко, С.Ю. Маркоменко, Л.Л. Спирин, Е.В. Хохлова

КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер №1», г. Красноярск

В современной психиатрии отмечается заметное увеличение количества психотических расстройств, вследствие употребления как спиртосодержащих напитков, так и «новых, дизайнерских» психоактивных веществ, а также склонность к азартным играм, интернет-зависимость, расстройства пищевого поведения и пр. В свою очередь нельзя не отметить и нарастание количества проводимых судебно-психиатрических экспертиз, по результатам которых диагностируется тот или иной вид аддикций. При производстве любой судебно-психиатрической экспертизы анализу подлежит психическое состояние обследуемого лица не только на момент исследования, но и на предкриминальный и криминальный периоды юридически значимой ситуации. Для этого экспертологическому анализу подвергаются материалы дел (гражданских и уголовных), характеризующие личность испытуемого, данные медицинской документации, а также результаты непосредственного психиатрического (и психологического) обследования для ретроспективной, актуальной или прогностической оценки психического состояния испытуемого лица. Судебно-психиатрическое заключение должно основываться на анализе комплекса клинических, социально-психологических и бытовых характеристик. Должны учитываться не только клинические, но и психологические факторы (адекватность эмоционального реагирования, мотивационные и адаптационные возможности, логическая обоснованность решений и т.д.). Причины, способствующие формированию и развитию аддиктивнвых форм поведения поливариантны, включая биологические, социальные, психологические и др. Все они взаимосвязаны и одновременно участвуют в развитии психотического расстройства на всех его этапах.

Предметом данного исследования является установление особенностей влияния различных компонентов социума (семья, формы семейного воспитания, социальные группы и т.д.), проступающих на уровне деятельности испытуемого в юридически значимый период.

Материалы и методы. В рамках данного исследования обратим свое внимание именно на социально-психологические факторы. Объектом исследования стали материалы уголовных дел, по которым проводилась КСППЭ в амбулаторном отделении судебно-психиатрической экспертизы КГБУЗ ККПНД №1 в 2019 - 2021 гг. За указанный период времени было проанализировано 380 экспертных случаев, которые вошли в статистический раздел «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ». Из указанного количества случаев 67 (17,6%) имеют алкогольную аддикцию, а 313 (82,3%) - наркотическую.

Из основных методов применялись клинико-психопатологический, психологический, статистический. В своем исследовании мы также опирались на то, что социальные факторы условно делятся на макросоциальные (экономические, политические, культуральные, образовательные и т.д.) и микросоциальные (структура семьи, морально-этические и нравственные традиции семьи, формы воспитания; а также различные социальные группы). В свою очередь психологические факторы можно разделить на личностные особенности, способствующие развитию болезней патологической зависимости (психопатии и акцентуации); критические моменты формирования личности (раннее детство - в виде подражания; младший школьный возраст – познание мира через свой чувственный опыт; подростковый возраст – начало самоактуализации и индивидуализации) и особые психологические состояния (стресс, фрустрации).

Результаты и их обсуждение. При анализе макросоциальных факторов обратил на себя внимание высокий показатель (48,7%) неработающих подэкспертных, работают официально 21,3%, остальные имеют эпизодическую занятость. Показатель, состоящих в зарегистрированном браке оставляет – 34%. При этом, конфликтными свои внутрисемейные отношения считают 76,1% подэкспертных. Более половины испытуемых значимым фактором возникновения зависимости назвали проживание в неполной семье после развода родителей - 53,1%. Эпизодическое употребление ПАВ в несовершеннолетнем возрасте отмечалось в 34,6%. Психологические последствия каких-либо событий в семье, коллективе, референтной группе, повлиявшие на формирование зависимого поведения, оказались лидирующими по сравнению с другими факторами 83%. Такие факторы, как социально-бытовое неблагополучие актуализировали 28,8% испытуемых, экономическое неблагополучие сыграло роль в 23,1%. Такие факторы возникновения зависимого поведения, как психологические последствия травм и соматических заболеваний отметили 10% зависимых. При рассмотрении других характеристик прежде всего обратил на себя внимание такой стрессор, как одиночество - 23,7%. Вторым по значимости стала фрустрация проблемы на работе у взрослых - 19,5%. Третьим ведущим стрессором стал разрыв близких отношений - 18,4%.

На личностно-психологическом уровне соотношение испытуемых с возбудимыми и тормозимыми чертами, составило приблизительно 34% и 11,3% соответственно. Соотношение «психопатия – акцентуация» установлено как 27,4 % и 42%). Признаки агрессии и аутоагрессии выявлены у 21,9% лиц с диагностированной зависимостью.

Заключение. Полученные результаты подтвердили важность и необходимость полного и многостороннего анализа характеризующей документации в рамках проведения судебно-психиатрической экспертизы. Сведения, полученные при изучении материалов дел, позволяют качественно расширить возможности экспертологического анализа при проведении КСППЭ. Кроме того, значимость этих исследований необходимо учитывать при оказании клинико-психологической помощи лицам, отбывающим наказания. На основе данного исследования могут быть разработаны методические рекомендации для широкого круга врачей и психологов.

СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ КАК ФАКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО КРИЗИСА У ВРАЧЕЙ

Л.Т. Баранская

Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет», г. Екатеринбург

Ключевые слова: синдром выгорания, профессиональный контекст, эмоциональные перегрузки, врачи разных специальностей

Актуальность исследования. Профессиональный синдром эмоционального выгорания (далее – СПВ) – это хронический стресс, обусловленный профессиональной деятельностью. Эмоциональное выгорание, связанное с профессиональной деятельностью, признано Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) синдромом и внесено в МКБ-11 под кодом

QD85. При этом термин «выгорание» используется только в профессиональном контексте.

Цель исследования – выявить распространенность синдрома профессионального выгорания у врачей разных специальностей, обусловившего профессиональный кризис.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие врачи государственных медицинских учреждений, следующих специальностей: анестезиологи-реаниматологи, инфекционисты, неврологи (отделение острых нарушений мозгового кровообращения), врачи скорой помощи, психиатры и психиатры-психотерапевты. Всего обследовано 142 врача разного пола и возраста, имеющих разный стаж работы. Число респондентов в группах – 28±4 человека. Исследование проводилось в течение двух лет (2020-2021 гг.) на добровольной основе, анонимно, с одобрения комиссии по этике лечебных учреждений и УГМУ.

В качестве инструмента исследования выбрана методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В.В. Бойко, которая является надежным и валидным инструментом выявления СПВ у врачей разных специальностей. Также была собрана информация о факторах, защищающих от психологического стресса и трудностей в связи с COVID-19. Анализ и представление данных проводилось в программной среде Microsoft Excel 2019.

Результаты. Наиболее значимые результаты исследования получены при распределении общего показателя СПВ в зависимости от стажа работы по специальности. Максимальное число врачей, имеющих сформированный профессиональный синдром эмоционального выгорания (наличие всех трех фаз синдрома: истощения, резистенции и напряжения), независимо от пола, приходится, во-первых, на «средний профессиональный возраст», во-вторых – на период адаптации к профессии, в-третьих – на период завершения профессиональной деятельности. У врачей анестезиологов-реаниматологов максимальный показатель СПВ выявлен при стаже работы 11-15 лет и более 20 лет; у врачей-инфекционистов максимальный показатель СПВ - при стаже работы 16-20 лет; у неврологов - максимальный показатель СПВ наблюдался при стаже работы до пяти лет; у врачей скорой помощи – свыше 20-ти лет и 11-15 лет (число врачей с СПВ примерно одинаково); у психиатров и психиатров-психотерапевтов – при стаже работы свыше 20-ти лет, преимущественно у врачей-психиатров.

В исследовании учитывалось то, что оно проводилось в период пандемии COVID-19, что способствовало ускоренному формированию двух первых фаз СПВ: истощения и резистенции, но незначительно повлияло на завершающую фазу – напряжения.

Обсуждение. Формирование завершенного СПВ у врачей, во многом обусловлено профессиональной идентификационной направленностью, которая может быть положительной, когда личная и социальная реализация выступают единым процессом; нейтральной – бесконфликтное принятие профессии и отрицательной, вплоть до профессионального маргинализма. Психологический ракурс проблемы раскрывается в терминах мотивационно-смысловой наполненности профессиональной деятельности или ее дефицита, обусловливающего СПВ и эмоциональный вакуум – ощущение бессмысленности профессиональной деятельности.

Выводы. Предупреждение СПВ у врачей требует а) преодоления традиционной профессиональной ментальности; б) развития навыков саморегуляции профессиональной деятельности; в) развитие системы социальной поддержки и корпоративного развития, перспектив финансового и карьерного роста профессионалов в наиболее значимые периоды.

ПАРАМЕТРЫ КРОВИ СВЯЗАНЫ С АТТЕНУИРОВАННЫМИ СИМПТОМАМИ ШИЗОФРЕНИИ

И.С. Бокша

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

Ключевые слова: тромбоцитарные ферменты, аттенуированные психотические симптомы, юношеская депрессия. Platelet enzymes; attenuated psychotic symptoms; juvenile depression

Обоснование. Исследования, направленные на распознавание шизофренического процесса до формирования развернутой клинической картины, указывают на актуальность поиска клинических и биологических маркеров для совершенствования методов профилактики и ранней интервенции. Важными аспектами патологии считаются подкорковая дофаминергическая дисфункция, приводящая к психотическим симптомам и нарушению поведения и вовлечение глутаматной системы в патологический процесс. Подростковый возраст является критическим периодом, когда обычно возникает психоз, а глутамат является основным возбуждающим нейромедиатором, опосредующим половое созревание. При этом наряду с другими факторами окислительный стресс негативно влияет на развитие нервной системы, вызывая нарушение нейронных связей и способствует возникновению когнитивного дефицита у пациентов с психозом. В патогенез эндогенных психозов вносят существенный вклад и изменения активности митохондриальной дыхательной цепи, тесно связанные с окислительным стрессом и глутаматной системой.

Цель исследования – обнаружение клинико-биологических корреляций у пациентов с аттенуированными симптомами шизофрении при первых юношеских депрессиях (корреляций между уровнями активности ферментов глутаматного, глутатионового и энергетического метаболизма в крови с баллами по шкалам SOPS и HDRS-21).

Материалы и методы. Обследован 81 пациент (мужчины 16-25 лет) с первым депрессивным эпизодом (F32.1, F32.2, F32.38, F32.8). Выделены 3 группы: с преобладающими аттенуированными позитивными симптомами (Гр1, n=36), с преобладающими аттенуированными негативными симптомами шизофрении (Гр2, n=24) и группа без аттенуированных симптомов (Гр3, n=21). Контрольную группу составили 20 психически здоровых мужчин в возрасте 19-25 лет. Для оценки степени выраженности депрессивных симптомов применена шкала депрессии Гамильтона (HDRS-21), а выраженность аттенуированных симптомов шизофрении оценена посредством шкалы продромальных симптомов (SOPS). В связи с наличием аттенуированных симптомов шизофрении, фармакотерапия пациентов обеих групп проводилась как антидепрессантами, так и антипсихотиками.

Измерены активности фермента глутаматного метаболизма - глутаматдегидрогеназы (ГДГ), фермента энергетического метаболизма - цитохром с-оксидазы (ЦО), ферментов глутатионового обмена - глутатионредуктазы (ГР), и глутатион-S-трансферазы (ГСТ) в тромбоцитах, а также ГР и ГСТ в эритроцитах.

Результаты. На начало лечения группы достоверно различались по степени выраженности аттенуированных позитивных и негативных симптомов, симптомов дезорганизации, сумме баллов SOPS $p<0,001$, а степень тяжести депрессии в группах достоверно не различалась.

По сравнению с контрольной группой активность тромбоцитарных ГДГ, ГР и ГСТ (до и после курса терапии) оказалась достоверно сниженной во всех трёх группах пациентов ($p<0,0002$, U-тест Манна-Уитни,). Кроме того, в Гр1 снижена активность эритроцитарной ГСТ $p<0,05$ (до и после лечения), а в Гр3 – снижена активность эритроцитарных ГР и ГСТ $p<0,05$ (до и после лечения). В Гр1 базовый уровень ЦО (до лечения) положительно коррелировал с баллами по подшкале SOPS-N негативной

симптоматики после лечения (R=0,58, p=0,0003), а базовый уровень эритроцитарной ГР отрицательно коррелировал с суммой баллов по HDRS-21 после лечения (R=-0,59, p=0,0004). В Гр2 базовый уровень ГДГ положительно коррелировал с баллами по SOPS-P позитивной симптоматики (R=0,43, p=0,0384) и по SOPS-N (R=0,50, p=0,0129), а также суммой баллов по SOPS (R=0,526, p=0,0083) и по HDRS-21 (R=0,48, p=0,0180) после лечения.

Заключение. Обнаружение клинико-биологических корреляций в группах больных с аттенуированными позитивными и негативными симптомами шизофрении в структуре юношеской депрессии способствует пониманию патогенетических механизмов формирования высокого клинического риска развития психозов и открывает перспективу установления специфических маркеров шизофренического процесса на его ранних этапах.

О ПРЕДИКТОРАХ И ТРИГГЕРАХ СУИЦИДОВ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

С.И. Букин

УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Самоубийства, несмотря на проводимую межведомственную профилактическую работу, имеют высокую распространенность. Несмотря на регламентированность превенции суицидов в стационарных организациях здравоохранения, в них почти ежегодно регистрируются самоубийства.

Цель исследования. Определить условия, способствующие совершению суицидов пациентами организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

Материалы и методы. Исследованы данные о самоубийствах (СУ) в Гродн. обл. за период 2010-2019 годов (n=746); данные о СУ в СОЗ Гродн. обл. в 2006-2018 годах (n=26), результаты анализа социологического опроса населения в 2014-2015 годах (n=1088).

Результаты. Детерминированность самоубийств (СУ) множеством факторов общеизвестна. Однако, недостаточная их дифференциация в контексте определения глобальных дефиниций причин СУ создает трудности в профилактике СУ среди пациентов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (ОЗС). По нашему мнению, проблемы в превенции госпитальных суицидов дополнительно обременены недостаточной оценкой значимости места получения пациентом медицинской помощи и отношения к самоубийству на территории его проживания.

Частота самоубийств (ЧСУ), традиционно использующаяся в качестве сравнительного показателя относительной интенсивности распространенности СУ в популяционной среде, в каждой из территориальных единиц Республики Беларусь имеет разные корреляционные связи с численностью населения (ЧН) и миграционными процессами. И только для Гродненской области характерна линейная связь между ними (r=1,0), что свидетельствует о высокой обусловленности самоубийств отношением к ним социума.

ЧСУ, ограниченная целями статистического анализа, представляет из себя рациональное число, оценивающее только распространенность СУ:ЧСУ= СУ/ЧН. Однако, методы математического моделирования позволяют рассматривать количество СУ и численность населения (ЧН) - как итог взаимодействия неопределенного количества факторов социальной среды и личности.

$$\text{ЧСУ}=\frac{f_1(\vec{x})}{f_1(\vec{x})}\ ,\ \text{где}$$

$\vec{x}$ – векторная сумма неопределенного количества факторов социальной среды и личности, взаимодействие которых обуславливает как ЧН, так и количество случаев СУ:

$\vec{x}=\Sigma_{(n=1)}^{\infty}(\vec{x}_n+\vec{x}_{n+1})$;

f_1 – правила возникновения СУ;

f_2 – правила формирования ЧН.

Применительно к исследованию СУ этот результат свидетельствует о двух носителях знаний о СУ: общественном мнении, допускающем СУ, и личности, наделенной возможностью его реализации.

Для установления значимости социальных факторов в пресуициде нами был проведен социологический опрос населения об отношении к СУ (n=1088).

В результате установлено, что отношение к самоубийству определяется в большей степени социальным статусом и коллективным общественным мнением, нежели материальным положением. Среди респондентов выделены «классы» субъектов и объектов социальных отношений: сотрудников рентабельного предприятия и медицинских работников и сотрудников убыточного предприятия и пациентов организаций здравоохранения, - имеющих схожие представления о СУ, его причинах и предотвратимости.

По результатам анализа случаев СУ в Гродненской области за период 2010-2019 годов (n=746) установлено массивное присутствие факторов социальной значимости в пресуициде, не расценивающимися обычно, как значимые: СУ чаще совершают лица мужского пола, (85,2%) в возрасте 30-60 лет (60%), состоящий в браке (49,3%), проживает в своей семье либо с родственниками (65,8%), имеется свое жилье (70,4%), имеется среднее либо средне-специальное образование (79,7%); среднее, удовлетворительное и хорошее материальное положение (77,6%), удовлетворительно и положительно характеризуется по месту жительства (63,2%), редко посещает медицинские учреждения (59,2%), не находится под наблюдением в связи с психическим и наркологическим расстройством (73,1% и 85,7% соответственно), не было ранее попыток СУ (80,7%). Значимыми обстоятельствами, предшествовавшими СУ, являются: алкоголизация, наличие хронического заболевания, бытовой конфликт, сложная жизненная ситуация и конфликт межполовых отношений.

Стандартизация результатов исследования позволила выделить значимые критерии риска суицида для жителя Гродненской области: пол – мужской, возраст – 30-60 лет, симптомы депрессии (снижение аппетита, настроения, плохой сон, чувство беспомощности, безысходности, подавленности, вины), наличие парасуицидов в анамнезе, злоупотребление алкоголем (ПАВ), недавняя потеря «значимого другого», семейный статус - в браке, проживание в семье, среднее или среднеспециальное образование и наличие хронического инвалидизирующего заболевания.

Для оценки состоятельности определенных критериев риска суицида нами проанализированы случаи суицидов, совершенных пациентами стационарных организаций здравоохранения за период 2006-2018 годов и установлено, что только в 3 случаях у суицидентов имелось 4 критерия из 9-ти. 5 критериев – 18 случаев, 6 критериев – 1 случай, 7 критериев – 2 случая и 8 критериев – 2 случая.

Методом иерархической кластеризации частоты присутствия критериев объединены в две группы показателей: 1. Низкой частоты: возраст, парасуициды в анамнезе, злоупотребление алкоголем или ПАВ, недавняя потеря «значимого другого» и 2. Высокой частоты: пол, симптомы депрессии, семейный статус, образование, болезнь.

Присутствие во всех случаях суицидов, совершенных пациентами стационаров, критериев группы показателей высокой частоты, не имеющих между собой непосредственной связи, свидетельствует о том, что предикторами СУ являются личностные конфликты суицидента, триггерами – условия депривации социальных стереотипов поведения, а место совершения СУ случайно.

Заключение. Суициды в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, совершают пациенты вне нового значимого расстройства здоровья, в том числе, тяжелого депрессивного, обусловившего расстройство адаптации и аффект. Актуализация антивитальных действий происходит, преимущественно, при наличии доступа к средствам и методам совершения суицида.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ПСИХОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ДИНАМИКУ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИД ИЛИ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ

С.В. Ваулин[1], М.В. Алексеева[1], Т.В. Моренец[2]

[1] ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск
[2] ОГБУЗ Брянская областная психиатрическая больница №1, г. Брянск

Ключевые слова: суицидальная попытка, суицид, суицидальное поведение, психиатрический стационар, психогенные факторы

Актуальность. Психиатрическая помощь пациентам, с высоким суицидальным риском, оказывается в стационарных условиях. Для предотвращения суицидальных попыток и госпитальных суицидов необходимо изучение динамики суицидального поведения и факторов ее обуславливающих, в частности психогенного происхождения.

Зачастую, при поступлении пациентов в психиатрический стационар, врачи психиатры, сосредоточившись на купировании текущего обострения хронического психического расстройства, сопутствующей продуктивной симптоматики, не придают должного значения душевным переживаниям своих пациентов, обусловленных неприятными жизненными или травматическими событиями, межличностными конфликтами, обидами, утратами, произошедшими в разное время до госпитализации.

Однако, подобные негативные эмоции, оказывая влияние на мысли и поступки пациентов, могут усугублять их психическое состояние, а их недооценка приводить к трагическим последствиям в виде суицидов или суицидальных попыток во время лечения в психиатрический стационаре или в ранние сроки после выписки из него.

Цель исследования. Основной целью исследования являлось улучшение качества оказания суицидологической помощи путем совершенствования системы лечебно-профилактических мероприятий, направленных на превенцию суицидов и суицидальных попыток в психиатрическом стационаре и в ранние сроки после выписки.

Изучение влияния психогенных факторов на формирование и динамику суицидального поведения пациентов психиатрического стационара, с учетом характеристик суицидального конфликта.

Материалы и методы. Основную группу составили 60 пациентов (средний возраст 39,3± 5,1 лет), из них 33 женщины (средний возраст 40,4±7,5 лет) и 27 мужчин (средний возраст 42,6±4,5 лет).

Сформирована контрольная группа из пациентов с теми же формами психических расстройств, что и основной группе, но не проявляющих как внутренних, так и внешних форм суицидального поведения в анамнезе и за период госпитализации. Контрольную группу составили 50 пациентов, страдающих психическими расстройствами с отсутствием суицидального поведения. Группы были сопоставимы по возрасту ($p=0,2935$) и не различались по полу ($p>0,9999$).

В основной группе преобладали пациенты с диагнозом «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» (F2) – 53,3% (32 чел.). Вторую диагностическую группу составили «Расстройства настроения» (F3) – 21,7% (13 чел.). Реже встречались «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» (F0) – 15% (9 чел.) и «Расстройства личности и поведения» (F6) ¬ –10% (6 чел.).

Пациенты основной группы были распределены неравномерно по нозологии, выявлены различия между мужчинами и женщинами ($p<0,05$). Как среди мужчин, так и женщин превалировали расстройства шизофренического спектра (по 26,7%). На втором месте у женщин диагностировались расстройства настроения (18,3%), реже встречались органические психические расстройства (3,3%) и расстройства личности и поведения (4%). У мужчин же на втором месте отмечались органические расстройства (11,7%). Расстройства личности и поведения и расстройства настроения у мужчин диагностировались редко (по 3,3%).

Как в основной, так и в контрольной группе у большинства пациентов длительность заболевания была не более пяти лет. В основной группе общее количество суицидальных актов было больше у пациентов с течением заболевания более 5 лет. Сравнение длительности заболевания между основной и контрольной группой статистически значимых различий не выявило. Смертельные случаи преимущественно составили пациенты с длительностью заболевания более 10 лет - 66,7% (8 чел.). При сравнении длительности заболевания пациентов, совершивших суицидальную попытку и суицид статистически значимых различий не выявлено.

Для оценки влияния психосоциальных стрессоров на выраженность депрессии и мотивы суицидальных действий пациентов, которых, использовалась Social Readjustment Rating Scale, SRRS (Holmes-Rahe, 1967).

Результаты исследования. Среди пациентов основной группы (n=60), совершивших суицидальных акт в психиатрической больнице высоких показателей по шкале SRRS (более 300 баллов) не зарегистрировано. Низкие показатели по шкале SRRS (менее 150 баллов) у мужчин и женщин отмечались одинаково часто (по 37,0%). Умеренные показатели в три раза чаще выявлялись у женщин. Средний показатель по шкале составил 116 баллов.

Контрольная группа была представлена пациентами с аналогичными психическими расстройствами, что и основной группе, которые не имели признаков суицидального поведения за период госпитализации (n=50). В этой группе высокие показатели по шкале SRRS были у 23% пациентов. Умеренные показатели по шкале SRRS отмечены у 40%. Средний показатель в контрольной группе составил 204 балла.

Шкала SRRS оценивает стрессовые события, произошедшие у пациентов или повлиявшие на их жизнь за последний год. При первичном заполнении опросника, большая часть пациентов, отмечала, что «в их жизни ничего не происходит» а события, перечисленные в анкете «происходили с ними не в последний год, а ранее, в течение жизни». При анализе полученных результатов, стало очевидным – отсутствие высоких показателей в основной группе свидетельствует, о том, что у пациентов с хроническими психическими расстройствами динамика развития переживаний по поводу перенесенных стрессовых событий формируется по специфическим закономерностям.

В связи с этим было принято решение - оценка по шкале SRRS должна быть проведена с другими условиями: пациентам опытной и контрольной групп предлагалось обозначить те события в жизни или переживания, последствия которых актуальны для них на настоящий момент без учета временного фактора.

В результате изменения методики применения шкалы, высокие показатели стали регистрировались чаще, чем при ее первичном заполнении, когда из списка событий предлагалось выбрать только те, которые произошли за последний год. Низкие показатели по шкале в основной группе регистрировались в 17% случаев, средние - 40%, высокие - 43%. Средний балл по шкале составил 254. Среди мужчин: низкие показатели наблюдались в 38%, умеренные – в 23%, высокие – в 38%. У женщин низких показателей зарегистрировано не было, умеренные регистрировались в 53%, высокие – в 47%. Выявлены статистически значимые различия с контрольной группой ($p\leq0,05$).

Среди актуальных стрессовых событий пациенты основной клинической группы отметили: смерть близкого родственника/супруга – 10% (6 чел.), развод, разрыв отношений с партнером –31,7% (19 чел.), травму или болезнь – 20% (12 чел.), потерю работы – 28,3% (17 чел.), невозможность трудоустройства, ограничение возможности работы по основной профессии –11,7 (7 чел.), уход на пенсию - 5% (3 чел.), изменение в состоянии здоровья членов семьи – 5% (3 чел.), изменение финансового положения – 53% (32 чел.), автомобильную аварию – 1,6% (1 чел.), обострение конфликтных отношений с супругом/партнером – 13,3% (8 чел.), задолженность по кредитам – 6,7% (4чел.), изменение условий жизни/перемена места жительства – 11,7% (7 чел.), конфликты с начальством – 3,3% (2 чел.), изменение социальной активности – 56% (34 чел.), усиление конфликтности отношений с родственниками/соседями – 25% (15 чел.), одинокое

проживание – 40% (24 чел.), сужение круга общения - 33,3% (20 чел.).

Среди психогенных влияний на динамику суицидального поведения следует указать и сопутствующую соматическую патологию (нозогении), требующую лечения на момент обследования, которая выявлялась у 23,3% (14 чел.) пациентов основной группы. Среди них: хроническая обструктивная болезнь легких – 6,7% (4 чел.), хроническая язвенная болезнь желудка – 3,3% (2 чел.), артериальная гипертензия 2 ст. – 5 % (3 чел.), нейрогенная дисфункция тазовых органов, хроническая задержка мочи – 1,7% (1 чел.), хронический пиелонефрит – 3,3% (2 чел.), ИБС, стенокардия напряжения – 3,3% (2 чел.), онкологическая патология, ремиссия – 3,3% (2 чел.), сахарный диабет 2 типа – 3,3% (2 чел.).

Обсуждение результатов и выводы. По нашему мнению, низкие показатели по шкале SRRS у суицидентов, при оценке значимых для них событий только в течение последнего года указывают не столько на малую роль стрессовых расстройств в формировании суицидальной дезадаптации, сколько на большую вероятность и значимость наличия затяжных, длительно существующих неразрешимых психотравмирующих ситуаций. С суицидологических позиций это явление можно трактовать как наличие суицидального конфликта с длительным этапом перехода от внутренних форм суицидального поведения к внешним.

Вместе с тем необходимо учитывать, что у лиц с тяжелой психической патологией может меняться реактивность по отношению к стрессовым воздействиям. Даже незначительные психотравмирующие ситуации могут приводить больных к возникновению наряду с основным психическим заболеванием подостро и длительно протекающих расстройств невротического спектра. Исходя из этого, при оценке влияния стрессовых событий на развитие расстройств адаптации у пациентов с психической патологией по шкале Холмса-Раге (SRRS), целесообразно учитывать актуальность психотравмирующих событий за более длительный, чем за один год, промежуток времени. Выявленный при проведении исследования феномен хронификации и кумуляции психогенных реакций у больных с тяжелыми психическими расстройствами необходимо учитывать при оценке степени суицидального риска у пациентов психиатрического стационара. С другой стороны, принимая во внимание подобные обстоятельства, врач психиатр может обосновать содержание, объем и интенсивность психотерапевтической интервенции у пациентов, имеющих суицидальные тенденции в поведении.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ АНТИКОНВУЛЬСАНТОВ В ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОСЛОЖНЕННОЙ СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ

М.А. Винникова[1,2], С.Д. Комаров[1], М.С. Титков[3], В.В. Аблова[1], Р.А. Булатова[1], А.П. Комарова[1]

[1] ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», г. Москва
[2] ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра психиатрии и наркологии Института клинической медицины им Н.В.Склифосовского, г. Москва
[3] ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ», г. Москва

Ключевые слова: алкогольная зависимость, судорожный синдром, антиконвульсанты, топирамат, леветирацетам

Актуальность. Злоупотребление алкоголем – важный провоцирующий фактор развития эпилептического статуса, 9—25% всех случаев эпилептического статуса были спровоцированы приемом алкоголя (Литвинцев Б.С., Константинов Д.П. и др., 2020).

Цель исследования. Изучить эффективность и безопасность использования современных антиконвульсантов у больных алкогольной зависимостью, осложненной судорожным синдромом.

Материалы и методы. Скринировано 117 пациентов, рандомизировано 105 пациентов с диагнозом: алкогольная зависимость(АЗ), осложненная судорожным синдромом(СС). Пациенты рандомизированы на 3 группы согласно получаемому препарату: контрольная группа (КГ, N=34) получала карбамазепин в дозе 600 мг/сут., основная-1 группа (ОГ1, N=35) получала топирамат в дозе 300 мг/сут., основная-2 группа (ОГ2, N=36) получала леветирацетам в дозе 1000 мг/сут. Препараты назначались с первого дня госпитализации в течение 21 дня. В ААС проводилась инфузионная терапия, назначались тр анквилизаторы(бромдигидрохлорфенилбензод иазепин) и витамины (тиамин, пиридоксин). В постабстинентном периоде пациенты получали только антиконвульсанты. Другие психотропные препараты не назначались.

В исследовании использовались клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, психометрический и статистический методы. Оценка состояния пациентов и результатов исследования проводилась на 1-й, 3-й, 5-й, 10-й, 20-й дни. Использовались шкалы: Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS); Шкала количественной оценки ПВА Альтшулера В.Б.; Пенсильванская шкала оценки ПВА (Pen); Visual Analog Scale(VAS); Mini-mental State Examination(MMSE) и другие экспериментально –психологические тесты для оценки памяти и внимания.

Результаты исследования. Внутригрупповое сравнение показало достоверную положительную динамику показателей по всем шкалам в 3-х группах. Исключение по шкале HADS выявлено в ОГ2: показатель депрессии оказался достоверно выше на 20-й день (6,31±9,60) в сравнении с 3-м днем (4,81±1,87), ($p<0,05$).

Межгрупповое сравнение(20-й день) показало следующие результаты. Оценка тревоги по HADS показала статистически достоверные различия между ОГ1 (1,97±1,58), ОГ2 (2,19±1,17) и КГ (1,35±0,92), ($p<0,05$). Оценка депрессии по HADS также показала статистически достоверные различия между ОГ1 (2,74±1,70) и КГ (2,03±1,31) в сравнении с ОГ2 (6,31±9,60), ($p<0,05$). Динамика тревоги и депрессии коррелирует с динамикой патологического влечения к алкоголю. По шкале ПВА Альтшулера В.Б. результат в ОГ1 (0,63±1,00) и КГ (0,41±0,61) лучше, чем в ОГ2 (0,94±0,77), ($p<0,05$). По шкале Pen результат аналогичный: ОГ1 (3,46±3,58), КГ (2,41±2,23) в сравнении с ОГ2 (6,44±2,85), ($p<0,05$). По шкале VASКГ (0,00±0,00) отличалась от ОГ1(0,86±2,84)и ОГ(20,63±2,50), ($p<0,05$).

При экспериментально-психологическом исследовании оценка памяти показала достоверно лучшие результаты в ОГ1 (4,91±1,58) в сравнении с ОГ2 (4,88±1,82) и КГ (4,03±1,80), ($p<0,05$). При оценке внимания (компонент психическая

устойчивость) были получены достоверные различия между КГ (1,05±0,12) и ОГ1 (1,00±0,13) в сравнении с ОГ2 0,96±0,13, (p<0,05). При оценке мышления были получены достоверные различия между КГ (8,79±0,88) и ОГ1 (8,74±0,82) в сравнении с ОГ2 (8,25±0,77), (p<0,05). По MMSE были получены достоверные различия между КГ (28,29±2,22) и ОГ2 (28,19±1,80) в сравнении с ОГ1 (27,51±2,66), (p<0,05).

Заключение. Редукция тревожной и депрессивной симптоматики, а также влияние на ПВА более выражены при назначении топирамата и карбамазепина в сравнении с леветирацетамом. Топирамат и леветирацетам более эффективны в отношении когнитивных расстройств.

Выводы. Все сравниваемые антиконвульсанты эффективны в отношении профилактики судорожных приступов при АЗ. Каждый из препаратов имеет особенности клинического действия. Лучшим профилем безопасности обладают топирамат и леветирацетам в сравнении с карбамазепином.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

А.Р. Гараева, П.С. Ахмерова, В.В. Огарев, Н.А. Сирота

ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России, г. Москва
МКНЦ им. А.С.Логинова, г. Москва

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, клинико-психологические особенности, способы совладающего поведения

Актуальность. Понимание характерологических особенностей пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) – с болезнью Крона (БК) и язвенным колитом (ЯК) способствует налаживанию взаимодействия врача и пациента, установлению причин снижения качества жизни (КЖ) и повышению эффективности лечения.

Цель: изучить клинико-психологические особенности пациентов с ВЗК.

Задачи: 1. Провести сравнительное исследование способов совладающего поведения пациентов с БК и ЯК. 2. Изучить характерологические особенности пациентов с ВЗК.

Материалы. Исследование проводилось на базе отделения воспалительных заболеваний кишечника «Московского клинического научного центра имени А.С. Логинова». Обследовано 50 пациентов с ВЗК в возрасте от 18 до 62 лет (средний возраст пациентов составил 38,5 лет), находящихся в состоянии рецидива заболевания. Из них 26 пациентов (52%) с БК, 24 пациента (48%) - ЯК. Психодиагностические методики: сокращенный многофакторный опросник личности (СМОЛ), Зайцев В.П. (1981); «Опросник способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями», в адаптации Вассермана Л.И. и соавторов (2009); стандартизированный показатель КЖ – EQ-5D (EuroQol Group 1995).

Результаты и обсуждение. По результатам корреляционного анализа выявлены отрицательные взаимосвязи шкалы состояния здоровья со шкалами: депрессии (-0,365; p<0), истерии (-0,332; p<0) и ипохондрии (-0,393; p<0), что говорит о том, что чем более высоко оценивается самочувствие тем менее выражены данные шкалы. Найдена положительная взаимосвязь общего показателя КЖ и шкал: истерии (0,643; p<0,01), депрессии (0,690; p<0,01) и ипохондрии (0,653; p<0,0), полученные взаимосвязи позволяют утверждать, что физическое состояние в значительной степени влияет на эмоциональные и личностные особенности пациента. Предрасположенность пациентов с ВЗК к тревожно-мнительному типу личности может быть обусловлено наличием переживаний за свое будущее, стремлением контролировать заболевание, каждое телесное проявление, возможно излишнее заострение внимания на самочувствии. Более высокий уровень подозрительности и недоверия для пациентов с БК может быть обусловлен высоким риском необходимости оперативных вмешательств. При качественном анализе способов совладающего поведения среди пациентов с БК и ЯК значимых различий обнаружено не было. Предпочтительный копинг для пациентов с БК – «поиск социальной поддержки», для пациентов с ЯК – «бегство избегание». Выбор стратегии пациентов с ЯК связан с повышающимся с годами риском возникновения колоректального рака. Наименее используемая стратегия для обеих групп – «принятие ответственности».

Выводы. В личностном профиле пациентов с ВЗК преобладает тревожно-мнительный тип. Для большинства пациентов характерны тревожные мысли, запускающие постоянный мониторинг своего состояния, и страх рецидива болезни. Пациенты с БК склонны к подозрительности, ригидности, влияющих на формирование недоверия к лечению, что может быть связано с высоким риском оперативных вмешательств, отсутствием гарантий на выздоровление. Наиболее предпочитаемый способ совладающего поведения в трудных жизненных ситуациях для пациентов с ЯК - бегство-избегание. Пациенты с БК - поиск социальной поддержки. Пациенты с ВЗК реже предпочитают стратегию принятия ответственности.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Ж.Р. Гарданова[1], А.А. Липская[2], Д.Ф. Хритинин[1], А.А. Гависова[1]

[1] ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, г. Москва
[2] ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Ключевые слова: бесплодие, сексуальность, сексуальные дисфункции, инфертильность и сексуальность

Аннотация. Представлены результаты исследования взаимосвязи эмоциональных особенностей и сексуального поведения у женщин с бесплодием в программе экстракорпорального оплодотворения. В исследовании приняло участие 60 женщин, из них 30 участвуют в программе экстракорпорального оплодотворения, 30 репродуктивно здоровых женщин. Определены специфические особенности психологического состояния у женщин с бесплодием.

Введение. В России 237 000 детей рождены с применением ВРТ, в мире в настоящее время насчитывается более 10 000 000 детей, появившихся на свет благодаря репродуктивным технологиям [1].

Бесплодие оказывает существенное влияние на качество жизни, на психологических статус женщин в браке. Отмечается, что существуют особенности сексуальных дисфункций в семьях с бесплодием [3, 5]. Наиболее часто выделяемыми индикаторами нарушений в сексуальной сфере рассматривают повышенную тревожность, сниженную самооценку, депрессивные симптомы [2, 4]. Таким образом, процедура

ЭКО становится не только возможностью решения проблемы бесплодия, но и физическим и эмоциональным отягощением для пар.

Методология. Эмпирическое исследование проводилось с помощью следующих психодиагностических методик: Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS; Тест Спилбергера; Опросник установки к сексу Г. Айзенк; Квантификационная шкала СФЖ; Опросник удовлетворенности браком.Также в ходе проведения работы были использованы: метод классификации и систематизации, эмпирические методы психологического исследования, методы статистического анализа полученных данных.

Результаты.

В ходе проведенного эмпирического исследования было установлено, что существуют особенности психологического статуса у женщин с бесплодием. Женщины в программе ЭКО демонстрируют повышенный уровень тревожности и депрессии, что влияет на их сексуальное поведение. Женщины в программе ЭКО подвержены высокому уровню стресса и имеют низкий уровень адаптации к нему, что влечет повышение уровня тревоги и находит отражение в сексуальном поведении.

Список источников:

1. Корсак В.С., Смирнова А.А., Шурыгина О.В. Регистр ВРТ Российской ассоциации репродукции человека. Отчет за 2019 год. // Проблемы репродукции. - 2021. - № 27(6). - С. 1429.

2. Alvarez-Díaz J.A. Sexualidad en parejas con problemas de fertilidad [Sexuality among infertile couples]. Gac Med Mex. 2007 Jan-Feb;143(1):65-71. Spanish. PMID: 17388097.

3. Gdańska P., Drozdowicz-Jastrzębska E., Grzechocińska B., Radziwon-Zaleska M., Węgrzyn P., Wielgoś M. Anxiety and depression in women undergoing infertility treatment // Ginekologia PolskaVol 88: 109-112, No 2 (2017). DOI: 10.5603/GP.a2017.0019

4. Salomão P., Navarro P., Romão A., Lerri M., Silva Lara L. Sexual Function of Women with Infertility //Rev Bras Ginecol Obstet. 2018 Dec;40(12):771-778. doi: 10.1055/s-0038-1673699. Epub 2018 Oct 31.

5. Starc A, Trampuš M, Pavan Jukić D, Rotim C, Jukić T, Polona Mivšek A. INFERTILITY AND SEXUAL DYSFUNCTIONS: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW. Acta Clin Croat. 2019 Sep;58(3):508-515. doi: 10.20471/acc.2019.58.03.15. PMID: 31969764; PMCID: PMC6971809.

ПРОБЛЕМА ЭТИОЛОГИИ ЗАВИСИМОСТИ В СВЕТЕ ТЕОРИИ СЕМЕЙНЫХ СИСТЕМ М. БОУЭНА

Ю.А. Гаюрова

ГБУ Центр семьи, г. Москва

Ключевые слова: Системная семейная терапия, теория семейных систем М. Боуэна, аддикции, созависимость

Зависимость как нужда живых организмов в определенных условиях поддержания их жизнедеятельности представляет собой естественное явление в существовании всех живых организмов. Следовательно, есть такое проявление зависимости, которое можно условно назвать естественным, или нормальным, когда саморегуляция человека осуществляется на основе сложившейся в процессе эволюции взаимообусловленности его деятельности и эндокринных процессов, не требующей дополнительной самостимуляции с помощью химических веществ или определенных форм деятельности. И есть другое – неестественное, или патологическое, когда человек прибегает к дополнительному самовознаграждению, или допингу.

Согласно теории семейных систем М. Боуэна, познавательная деятельность человека имеет субъективные черты, функционально обусловленные ролевыми позициями в социальной системе. И проблема саморегуляции человека и ее нарушений, приводящих к личностной дисфункции, болезни, зависимости, обусловлена взаимодействием между двумя противоборствующими «жизненными силами» - индивидуацией и совместностью в их стремлении к максимально адаптивному варианту функционирования. Приоритет совместности в ущерб индивидуальности проявляется различными отклонениями в функционировании личности на разных уровнях, например, в снижении интеллекта (ср. с: «группомыслие» Ирвинга Джениса), появлении болезни, в гипер- или гипофункционировании члена семьи и д. В проблеме дифференциации Я человека, таким образом, ключевой момент не столько само по себе разделение и аутентификация мыслей и чувств, эмоциональной и интеллектуальной систем, сколько дилемма индивидуации и совместности и возможность разграничения двух систем представлений и чувств (в совокупности составляющих картину мира): тех, которые имеют для человека функционально-ролевую обусловленность, и социально нейтральных, не имеющих социального смысла.

В отношении феномена зависимости мы в качестве главного тезиса предлагаем идею понимания аддикции как формы нарушения саморегуляции личности, обусловленного доминантой совместности в ущерб индивидуации в процессе адаптации к среде, что проявляется снижением уровня адаптивности личности и ее способности обходиться без дополнительного самостимулирования (или самовознаграждения). Совместность как стратегия, определяющая поведение человека, в ее патологических формах может носить характер избыточного или недостаточного ролевого функционирования человека. Это сказывается отклонениями в процессе регуляции жизнедеятельности человека на различных уровнях. Нарушения проявляются низкой степенью дифференциации Я и, в конечном итоге, снижением уровня адаптивности личности, ее устойчивости к стрессу и способности справляться с текущими жизненными задачами без задействования дополнительного самовознаграждения (или допинга). Самовознаграждение - это биологически обусловленный способ обработки информации в головном мозге человека, который представляет собой наличие в нем участков, способных реагировать на опиоидные пептиды (энкефалины, эндорфины), а также на другие «гормоны удовольствия», синтезом и выделением которых управляет сам мозг. Наиболее полезные и предпочтительные для адаптации виды деятельности являются условием самовознаграждения мозга за участие в них. Эта система самопоощрения представляет собой важный механизм саморегуляции, и он описывает фактически основу самоорганизации человека не только в экстремальных и стрессовых ситуациях, требующих мобилизации всех сил, но и его повседневную деятельность, рутинную, обыденную, которая требует также определенной основы. Патогенез зависимости как биопсихосоциодуховного заболевания можно рассматривать в контексте недостаточности эндогенных опиоидов и возможных факторов его развития: биологического, психологического, социального и духовного, то есть как нарушение процесса самовознаграждения.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ КУРАЦИИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ОТКРЫТОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

В.М. Гилод[1], В.А. Савко[1], Д.Е. Шумейко[1,2]

[1] Кризисное психиатрическое отделение ГКБ им. А.К Ерамишанцева ДЗМ, г. Москва
[2] Кафедра психиатрии и медицинской психологии ГАФОУ ВО РУДН, г. Москва

Ключевые слова: системная семейная терапия, теория семейных систем М. Боуэна, аддикции, созависимость

Актуальность. Уровень самоубийств является общепринятым индикатором благополучия общества. По данным ВОЗ в последние годы совершалось приблизительно 700000 суицидов с летальным исходом ежегодно. Уровень самоубийств по миру составило 9,0 на 100000 населения. По странам уровень суицида варьирует от 2 на 100000 до 80 на 100000 населения. По данным Росстата, в 2020 г., на территории РФ было зарегистрировано 16546 завершенных случаев суицидов. Вопрос профилактики суицидов и работа с пациентами с целью превенции суицидальных попыток остается одной из ведущих задач психиатрии.

Цели. Главная задача отделения - профилактика суицидальных действий, в том числе повторных, у разных категорий пациентов: имеющих пограничные психические расстройства, больных с эндогенными заболеваниями без признаков психоза и выраженного дефицита личности, реабилитация совершивших суицидальную попытку.

Задачи. Работа посвящена разработкам, апробации и адаптации методов диагностики и терапии суицидального поведения в условиях открытого психиатрического стационара.

Материалы и методы. Для оценки работы использовались ежегодные отчеты работы отделения за период 2012-2021гг. За рассмотренный период пролечено 9 199 пациентов. Среди них наблюдались пациенты: с органическими заболеваниями (F0) 19%, шизофренией (F20) 1,5%, шизотипическим расстройством (F21) 8,5%, шизоаффективным расстройством (F25) 1%, расстройствами личности (F6) 16%, аффективными непсихотическими расстройствами (F3) 16%, невротическими и связанными со стрессом расстройствами (F4) 38%.

Результаты и обсуждение. Кризисный стационар, в настоящее время - психиатрическое отделение №2, открытое в 1981 году, является центральным звеном комплексной суицидологической службы, созданной в нашей стране заслуженным деятелем науки профессором А.Г. Амбрумовой. Особое значение приобретает вынесение этой помощи за пределы психиатрических учреждений, что уменьшает стигматизацию и приближает её к населению. В этом плане, кризисное (психиатрическое №2) отделение является уникальным подразделением. Кризисный стационар предназначен для неотложного вмешательства и помощи лицам, находящимся в состоянии психологического кризиса с повышенным риском возникновения суицидальных тенденций, а также для пациентов, совершивших суицидальные попытки.

Специфика отделения состоит в акценте на интенсивное психотерапевтическое вмешательство, работе в непосредственном доступе врача и психолога для пациента. Анализ потоков поступающих пациентов свидетельствует о том, что в первую очередь, обращение за госпитализацией происходит за счет авторитета отделения среди населения. Во вторую очередь по направлениям поликлиник, Федерального суицидологического центра, из филиалов и других отделений больницы, и крайне редко из ПНД или по направлению Телефона доверия.

Деятельность Кризисного отделения можно свести к четырём основным направлениям: лечебная, организационно-методическая, научно-исследовательская работа, общественная деятельность.

Большинство пациентов, получавших помощь в суицидологическом отделении нашей больницы — это лица трудоспособного возраста (17-59 лет), которые составили в 2021 году около 80 процентов от всех пролеченных. Цифра говорит сама за себя. Диагностически преобладают заболевания невротического уровня, ситуационно обусловленные, относящиеся к рубрике F4 МКБ-10. Имеется тенденция к снижению процента данных расстройств, за счёт утяжеления диагнозов, когда ситуация является провоцирующим фактором декомпенсации психического заболевания. В нозологической картине в последние годы наметилась тенденция к увеличению доли личностных расстройств не психотического уровня. Отчётливо видна стабильность цифр пролеченных пациентов с психическими нарушениями на органической почве.

Выводы. Комплексная структура суицидологической службы, за последние годы существенно изменилась. Это привело к тому, что кабинеты социально психологической помощи в поликлиниках прекратили свое существование и соответственно пострадал принцип преемственности и континуальности оказания ее. С выходом приказов Минздрава РФ 2012 года, а затем ДЗ г. Москвы, суицидологическая служба создаётся заново. Приказы находятся в процессе реализации. Обеспечение работы по намеченной траектории: укомплектование службы штатными единицами, соответствующее обучение специалистов, переоборудование помещений в соответствии с нуждами службы, отлаженное взаимодействие отдельных звеньев, позволит нашему уникальному российскому психиатрическому опыту функционировать на самом высоком уровне.

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

В.В. Гульдан

ГБУЗ МО «Центральная клиническая психиатрическая больница», г. Москва

Ключевые слова: судебная психиатрия, перспективы развития СПЭК

На 60-80-е гг. прошлого века пришелся пик развития отечественной судебной психиатрии. В Институте им. В.П. Сербского совпали по времени выдающиеся ученые Н.И. Фелинская, Д.Р. Лунц, О.Е. Фрейеров, Е.М. Холодковская, Т.П. Печерникова, Б.В. Шостакович, В.П. Котов, которые на основе современного на тот период состояния общей и частной психопатологии, представлений об этиологии и патогенезе психических расстройств (А.В. Снежневский, Р.А. Надмаров, М.Е. Вартанян, В.М. Морозов) разработали фундаментальные принципы как теории, так и практики отечественной судебной психиатрии. Были сформулированы основополагающие и ставшие классическими критерии вменяемости-невменяемости, представляющие собой перечень психических расстройств (медицинский критерий) и оценку их выраженности (юридический или психологический критерий), определяющие способность субъекта осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими (в современной формулировке УК РФ), критерии судебно-психиатрической оценки эндогенных заболеваний разных форм и типов течения, личностных расстройств с учетом их динамики, глубины, состояний декомпенсации временных болезненных расстройств психической деятельности, влияния экзогенных факторов на различные формы органических расстройство личности. Были сформулированы положения об общественной опасности психически больных

различных нозологических групп, вариантах принудительных лечения экскульпированных больных, совершивших ООД, профилактике повторных ООД, разработано в введено в практику понятие «ограниченной вменяемости». Разработаны научно обоснованные критерии дееспособности-недееспособности в гражданском процессе, ставшие особенно актуальными, когда у наших граждан появилась собственность и возможность совершить с ней различные сделки («сделкоспособность»).

К этому же времени относится и разработка нового вида экспертных исследований, тесно связанных со СПЭК – судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы, вызванная потребностью разрешения вопросов медико-психологического содержания как в уголовном, так и в гражданском процессах (Н.Н. Станишевкая, В.В. Гульдан, И.А. Кудрявцев, Ф.С. Сафуанов).

В настоящее время трудно назвать исследования, к которым было бы приковано внимание квалифицированных специалистов, заинтересованных в дальнейшем развитии отечественной школы судебной психиатрии. Это объясняется и уходом из жизни выдающихся профессоров с их творческой мотивацией и формальным отношением к планированию научных работ, и далее, на мой взгляд, влиянию МКБ-10, отменившую саму исследовательскую базу – систематику психических расстройств, разработанную в отечественной психиатрии. Попытки психопатологов «усовершенствовать» критерии невменяемости при совершении половых преступлений обосновываются достаточно слабо, несмотря на весь энтузиазм авторов.

Идеи «вероятностных диагнозов и экспертных оценок» в СПЭК по гражданским делам мало чем помогают судам для выяснения истины по делу. Очевидный застой в теории влияет и на качество СПЭК. Упрощаются подходы, зачастую игнорируются диагнозы, больше внимания уделяется психическому статусу в ракурсе МКБ-10, который и становится главной опорой при вынесении экспертного решения. Мало кто из экспертов-психиатров «заморачивался» оценкой глубины личностных расстройств, практически не используется понятие «ограниченной вменяемости».

Между тем судебная психиатрия как научная дисциплина и отрасль важнейшей практики требует дальнейшего развития в связи с самыми различными социальными и биологическими процессами: патоморфозом практически всех видов психических расстройств и даже психических феноменов, трансформацией социальных норм, изменением толерантности населения к психическим и поведенческим девиациям, разработкой новых форм терапии. Судебная психиатрия нуждается в новых идеях, заинтересованных и мотивированных кадрах и открытом обсуждении насущных проблем.

ФОРМИРОВАНИЕ ПОЛИОЛИГОАДДИКТИВНОСТИ КАК ПУТЬ ВЫХОДА ИЗ АДДИКТИВНОСТИ

И. Дацковский

Кабинет клинической психологии и патопсихологии, г. Бейт Шемеш, Израиль

Введение. В последнее время большое внимание в специальной литературе уделяется аддикциям и аддиктивному поведению. Это связано в первую очередь с массовым и быстро нарастающим во времени распространением в обществе различных типов аддиктивного поведения, как отрицательных (химических и нехимических), так и тех, которые У. Глассер (W. Glasser) отнес к положительным. Показано, что свойства отрицательности, положительности и социальной приемлемости той или иной аддикции и ее влияния на самого аддикта связаны не с типом

аддикции, а с ее «количеством» у данного человека, с интенсивностью ее овладения человеком. Практически все аддикции в малой интенсивности являются положительными для человека и социально приемлемыми для общества (а часто – даже социально-положительными), но при увеличении интенсивности овладения данной аддикцией человеком, при повышении ее интенсивности, практически любая аддикция переходит в отрицательную для человека и социально-отрицательную для общества, причем ухудшение показателей аддикции для человека нарастает чаще всего быстрее, чем усиление ее ухудшения для общества.

Одним из главных вопросов преодоления той или иной аддикции является направление человека на разумное использование времени, освободившегося от аддикции, для наполнения жизни человека высоким смыслом.

Базовая гипотеза. Н.Д. Узлов выдвигает весьма продуктивную гипотезу о том, что любого человека можно представить как носителя суммы неких аддиктивных энергий [банка аддиктивных энергий – И.Д.]. Эти энергии под влиянием особенностей воспитания, жизненных обстоятельств, средовых факторов могут распределяться совершенно в разных комбинациях, на что мы можем влиять, но мы не в состоянии уменьшить количество этих энергий. Эта неотрегулированная и не распределенная на ряд направлений деятельности аддиктивная энергия «вынудит» этого человека, освободившегося от одной аддикции, впасть в другую.

Человек становится аддиктом, если имеющаяся у него аддиктивная энергия сосредоточивается на одном доминантном направлении и становится гораздо более адекватным, активным (и счастливым) человеком при ее распределении на ряд направлений деятельности и интересов, то есть, мы говорим о необходимости набора аддикций (*ПОЛИаддиктивности*), когда каждая из них не достигает уровня самостоятельной аддикции (*полиОЛИГОаддиктивность*).

Распределение аддиктивной энергии на ряд направлений. Одной из важнейших причин широкого и расширяющегося распространения аддиктивности, по нашему мнению, которое следует за мнением В. Франкла, является массовая потеря смысла и целей жизни. Мы объясняем большинство аддикций, как химических, так и нехимических именно душевной пустотой многих людей в нашем поколении. Не для чего жить, нечем заняться – только изматывающая и, в общем-то, бесцельная борьба за существование, за выживание. А нарастающее увеличение свободного времени только резко обостряет проблему целей, смыслов, разумного и полезного использования этого свободного времени.

Мы постарались выделить несколько аспектов реализации смысла жизни, *каждый из которых является необходимым и лишь все вместе они являются достаточными.* Человек привык выбирать направления деятельности, более близкие его интересам, желаниям, приносящие удовлетворение и удовольствие. Однако в рассматриваемом случае, хотя в каждом из аспектов можно выбирать подходящие и желаемые для каждого человека направления действия из многих, содержащихся в каждом аспекте, но совершенно необходимо действовать одновременно внутри всех аспектов, так как, повторим, только все они вместе являются необходимыми и достаточными.

Итак, перечислим аспекты, в сумме и только в сумме дарующие человеческую свободу и обеспечивающие наполнение жизни смыслом:

A. Путь в жизни. Семья и забота о ней всеми силами, работа (преобразование мира или активное участие в его делах), хорошие, честные и доброжелательные отношения с окружающими людьми.

B. Добрые дела, помощь людям, в том числе не входящим в ближайшее или родственное окружение.

C. Познание мира на всех возможных путях. Непрерывная пожизненная учеба.

D. Служение. Не будем приводить здесь многочисленные доказательства, что именно религиозность является базой морали.

Выводы. Очевидно, что распределение имеющей аддиктивной энергии на ряд направлений деятельности создает как необходимое напряжение жизни в каждом из направлений такой деятельности с одной стороны, так и не дает возможности «упасть», углубиться в одну аддикцию с другой стороны, сохраняя человека истинным управляющим своими побуждениями и действиями, а также обеспечивая ему полноценную, активную, полную смысла жизнь.

КОНФЕССИОНАЛЬНАЯ МАТРИЦА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДИСКУРСА

Ю.Т. Джангильдин

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва

Уникальность психотерапевтической парадигмы состоит в том, что ее корни можно обнаружить во множестве других дисциплин, особенно содержащих в себе общие философско-мировоззренческие концепции. Каждая из них содержит свой, уникальный, психотерапевтический потенциал, который на том или ином этапе развития общества трансформируется в свою прикладную психотерапию. Психотерапия длительного античного периода была призвана удовлетворить эмоционально-чувственные потребности человека ранних эпох и была соответственно наполнена магическим смыслом и носила ритуальный, храмовый характер. Динамика исторического развития привела к постепенному освобождению человека от природных сил и укреплению в нем, гуманистических, духовных качеств. Изменившиеся потребности желания большинства населения пришли в противоречие с философско-идеологическими воззрениями рабского существования. Прежние ритуалы теряли былой терапевтический эффект и не снижали хронического напряжения общества.

Постепенно росла настоятельная потребность в создании иной религиозно-нравственной системы, более эффективно защищающей массовое сознание от психотравмирующих воздействий турбулентных социальных процессов. На основе этой потребности сформировалось новое религиозное учение – христианство. Его философско-этическая направленность довольно жестко структурировала взгляды, эмоции и поведение человека. В христианских, особенно раннехристианских, учениях, идеальная модель человеческого поведения строилась таким образом, чтобы массовые отрицательные воздействия на человека приобрели иную значимость и человек раскрыл бы некий жизненный ресурс с более адаптивными функциями, реализуя потребности в саморегуляции, привязанности, эмоциональном комфорте, обретении смысла жизни и духовности. Необходимо было избыток отрицательных эмоций если не устранить, то каким-то образом нейтрализовать. Причем задействовать как сознательный, так и подсознательный уровень, используя соответствующие механизмы защит и копинг-стратегий и организующихся в виде таких компонентов, как искупление (или воздаяние), любовь и смыслообразующая функция. Возможность воздаяния позволяет снизить отрицательную оценку страдания и даже придать ему особый характер. В некоторых христианских течениях страданию придается даже ведущий смысл человеческого существования, и его намеренно стремятся приумножить. Вера в загробную жизнь начинала играть ключевую роль в уменьшении базовых тревог экзистенциального характера. Восполнение дефицита положительных эмоций осуществляется через переживание любви к Богу-отцу, Богу сыну, Богородице и т.д. Для верующего эта любовь взаимная. Бог любит тебя, принимает тебя таким, какой ты есть, он может простить тебе грехи, проступки, не отвергнет от себя. Зачастую подавленное и не удовлетворенное либидо сублимируется через эту возвышенную любовь. Такие чувства обладают катартическим эффектом, позволяя человеку отреагировать свои многочисленные эмоции. Но кроме эмоциональных мишеней для психотерапевтического эффекта необходим интеллектуальный компонент. Для него предназначается тщательно разработанная этическая сторона учения. В наиболее концентрированном виде она отражена в известной Нагорной проповеди Христа, начинающейся призывом: «Блаженны нищие духом, ибо их есть Царство Небесное». В этом плане напутствия Иисуса Христа имеют четко направленные психотерапевтические интервенции по коррекции неадекватных личностных установок, претензий, желаний, невротического

эгоцентризма. Он учит реально воспринимать себя в мире, понизить завышенные требования к окружающим, что в принципе позволяет избежать межличностных конфликтов и дополнительных эмоционально-стрессовых ситуаций. И, что очень важно, формирование этих поведенческих паттернов имеет особую ценность для благожелательного отношения со стороны Бога.

Указанные когнитивно-эмоциональные функции приводят в итоге к удовлетворению важнейшей экзистенциальной потребности человека – обретению смысла своего существования в этом «невыносимом» мире. И как достижение предельного смысла – героическое самопожертвование ради других как причастность к божественному образу.

Разумеется, христианство не могло удовлетворить потребности всех без исключения людей, оно само заключало в себя противоречивые тенденции и явную односторонность. Обращаясь к возвышенно-духовному, оно игнорировало биологическую, чувственную сторону человеческого существа. Иногда вовсе подавляя ее, христианство подкладывало под себя мину замедленного действия. Теоретики указывали, что «обратная сторона» веры отмечена принесением интеллекта в жертву, регрессивными фантазиями, неспособностью переносить свободу и невротическими копинг-стратегиями, ей недостает всесторонности, глубины, гибкости, динамики, баланса и согласованности. Исторические хроники свидетельствуют, что в маргинальных слоях человеческого общества то и дело возникали различные социальные и психические девиации. Но ее лечебный потенциал продолжал все же действовать на протяжении почти двух тысячелетий. И такие известные научные психологические и психотерапевтические системы, как психоанализ, экзистенциальная и гуманистическая психология и другие их разновидности во многом остаются пронизанными в той или иной степени аурой этих когнитивно-эмоциональных построений.

В христианской религии и затем в западной философии легко прослеживается такой тип взаимодействия противоположностей, когда они сталкиваются и дают новое качество или переходят друг в друга, а то и достигают абсолютного покоя. Два последних типа характерны для китайской и индуистской философии. Именно они составляют суть восточных религиозных систем. Возникнув несколько раньше христианства, они продолжали совершенствоваться и в эпоху его триумфа. На другом краю земли, для других этнических групп восточные религиозные учения также выполняли свою психотерапевтическую функцию. Они исходят из своеобразной концепции человека, находящегося в одном непрерывном ряду другими природными явлениями и объектами. Идеальным для них является состояние, когда исчезает внутреннее противоречие между отрицательными и положительными эмоциями. В буддизме были сформулированы четыре основные истины: жизнь человека есть страдание (рождение, болезнь, старость и т.д.), причиной страдания является жажда жизни и стремление к наслаждениям, прекращение страданий возможно лишь путем отказа от жажды жизни, избавление от страданий – восьмеричный путь. Такой «срединный путь жизни» между двумя крайностями «путем удовольствия» (праздности и лени) и «путем аскетизма» (умерщвления плоти и лишений) является главной идеей буддизма. Средний путь - путь разумного ограничения и самоусовершенствования, конечной целью которого является Нирвана, т.е. отсутствие любых желаний. Следовать этим путем значит держать золотую середину между физическим и духовным миром, между аскетизмом и наслаждениями; значит не впадать в крайности. Человек достигает состояния абсолютного покоя, он отказывается от эмоций, поскольку они зачастую являются порождением надприродного, искусственного мира. Он не должен нарушать единство связи «человек – природа». Каждое природное явление содержит в себе источник положительных эмоций и свидетельствует о внутренней красоте мира.

Психотерапевтические подходы, сформировавшиеся на основе этих воззрений, содержат в себе большой элемент аскетизма, самоограничения, физического и духовного усовершенствования. К ним можно отнести техники дзен-буддизма, йоги, европеизированной аутогенной тренировки и другие. Идеи восточных религиозных систем звучат и в большой палитре экзистенциальных подходов.

В этой статье затронуты только две противоположные мировые религиозные системы.

Другие возникли несколько позже. Например, ислам в своей теоретической основе содержит знакомые по христианству или восточным учениям черты. К концу 19 века и особенно в 20 столетии недостатки и противоречия мировых религиозно-философских систем стали вырисовываться более отчетливо. Реальная жизнь, массовое сознание изменились столь кардинально, что эти концепции постепенно стали терять былые психотерапевтические потенциалы. Это обстоятельство послужило основой для трансформации уже заложенного в них стремления построения «Царства божьего» не в потустороннем мире, а здесь, на земле. Эти тренды были озвучены в широко распространившихся коммунистических и социалистических идеях. Социалистическая идея создавала, с одной стороны, иллюзию активности, творчества, освобождения, с другой же – призывала к сознательному ограничению своих желаний и эмоциональных порывов. Однако, ее глобальный психотерапевтический эффект, несомненно, имел место и оказывал огромное воздействие на формирование психики нескольких поколений людей. Правда форма, в которой в некоторых странах реализовалась идея, оказалась на данном историческом этапе нежизнеспособной. В других же, в несколько реформированном виде продолжает развиваться. Хочется подчеркнуть, что формирование новых исторических концепций, обладающих возможностями реальной защиты человека, занимает жизнь многих поколений и растягивается на столетия. В последние десятилетия все более настоятельно звучит потребность в создании нового философского дискурса, полнее соответствующего изменившимся реалиям жизни, в которой мир, особенно христианская цивилизация, переживает системный цивилизационный кризис. Идеология постмодернизма, с тенденцией к доминированию идей радикального либертарианства способствует не только размыванию традиционных ценностей, но и уничтожению целостного научного представления о мире с возвращением к явной варваризации и архаизации и, как не парадоксально, к тоталитарным установкам и гуманистическому нигилизму и даже неорасизму. Отсутствие же новейших теоретических и методологических парадигм о человеке и мире в целом напрямую может быть связано со снижением эффективности в практической работе психотерапевта. Перефразируя слова известного психотерапевта Граве: «от конфессии к профессии», можно сказать, что в настоящее время существует потребность возвращения на новом уровне «вновь к конфессии» с обновленным метафизическим дискурсом.

Вот, то русло, в котором философские и социально-политические проблемы трансформируются в социально-психологические и смыкаются с медико-биологическими. Поэтому часто декларируемые понятия, такие как духовность, идеология, ценности, национальная идея имеют прямое отношение к состоянию психического здоровья человека.

ПРИМЕНЕНИЕ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ПОСТКОВИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Ю.В. Добровольская

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва

В поисках оптимальных решений задач новейшего времени, а именно, преодоления последствий эпидемии COVID-19 для человека на индивидуальном уровне, а также в контексте функционирования различных социальных сообществ, прежде всего сохранение и развитие семейных систем, наиболее убедительным представляется анализ комплексного подхода к терапии постковидного синдрома.

Своевременное подключение психотерапевтических интервенций в поле семьи, столкнувшейся с темой COVID-19, к терапевтическим и реабилитационным программам соматической ориентации позволяет, во-первых, диагностировать возможные дисфункциональные паттерны семьи, во-вторых, применить специфические методы стабилизации системных нарушений семьи.

Наблюдения последних лет показывают, что постковидный синдром – это долгосрочные патологические проявления, сохраняющиеся в течение трех и более месяцев после коронавирусной инфекции. Основные признаки включают выраженную слабость, ощущение неполного вдоха, головные, суставные и мышечные боли, раздражительность, вспыльчивость, нарушения сна, снижение настроения, угнетение когнитивных функций и др.

Постковидный синдром вызывает существенное снижение качества повседневной жизни. 30-35% людей спустя 3-4 месяца после заражения все еще не могут осуществлять полноценный уход за собой и детьми, вернуться к работе, нормальному ритму жизни.

Психические расстройства COVID-19 ассоциированы с затяжными депрессиями (отмечаются у 60% переболевших) и суицидальными мыслями (20%). Исследования показывают увеличение числа случаев посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), панических атак, обсессивно–компульсивных расстройств на фоне COVID-19 по сравнению с прединфекционным уровнем.

Семьи нуждаются в психотерапевтической помощи в тех случаях, когда возможности преодоления проблем оказываются недостаточными в сопоставлении с имеющимися нагрузками. Общие цели семейной терапии, согласно этой концепции, состоят в том, чтобы высвободить возможности развития в семье, активизировать ресурсы для преодоления проблем, превратить «мешающие факторы» в «факторы развития». Условия развития определяются отношениями членов семьи друг с другом, структурой семьи в целом, внешними влияниями на семью и возможностями преодоления проблем. Значимость каждого условия зависит прежде всего от его места в структуре, например от того, действует ли новая ситуация только как «стрессор», повышающий вероятность декомпенсации, или как «стимул к развитию», вызывающий продуктивную дискуссию.

ПРИМЕНЕНИЕ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ПОСТКОВИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В.С. Добродеева, Н.Г. Незнанов, Р.Ф. Насырова

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Цели исследования. Провести обзор научной литературы в период с 2015 год по 2022 год для оценки современных подходов к минимизации риска развития антипсихотик-индуцированных метаболических расстройств у пациентов с шизофренией. Оценить роль носительства однонуклеотидных вариантов (ОНВ) гена лептина LEP, рецептора лептина LEPR и рецептора нейропептида Y NPY5R в развитии антипсихотик-индуцированных метаболических нарушений при монотерапии антипсихотиками у пациентов с шизофренией, постоянно проживающих в Северо-Западном регионе и Республике Татарстан, Российская Федерация.

Материалы и методы. Проведен поиск публикаций баз данных PubMed, Web of Science, Springer, Oxford Press, Google Scholar, Clinical keys и Cochran за период с 2015 года по 2022 год по ключевым словам и их сочетаниям для выбора наиболее перспективных генетических маркеров развития антипсихотик-индуцированных метаболических нарушений. Проведено многоцентровое открытое, проспективное, рандомизированное, обсервационное фармакогенетическое исследование. В исследование были включены 117 пациентов постоянно проживающих в Северо-Западном и Приволжском федеральных округах Российской Федерации. Проведены биохимическое, молекулярно-генетическое исследования, анализ антропометрических данных.

Результаты. Носительство аллеля A ОНВ rs3828942 гена LEP ассоциировано с развитием нарушений углеводного обмена (увеличением концентрации глюкозы в плазме крови натощак более, чем 6,1 ммоль/л) у пациентов, принимающих антипсихотики в режиме монотерапии (ORA = 2.61, CrIA (1.42; 4.54)). Носительство аллеля C ОНВ rs11100494 гена NPY5R предрасполагает к увеличению веса, вызванному антипсихотиками (OR = 33,48 [95% CI: 12,62; 88,82], p-значение <0,001).

Выводы. Полиморфность генов LEP и NPY5R может являться фактором формирования нарушений углеводного обмена и антипсихотик-индуцированных метаболических нарушений у пациентов с шизофренией. Данные маркеры могут быть рекомендованы к добавлению в расширенную фармакогенетическую панель. Проведение фармакогенетического исследования до назначения антипсихотической терапии может позволить уменьшить риск развития метаболических нарушений у пациентов с шизофренией.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Л.В. Дорофеева, О.Ю. Ширяев

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж

Актуальность. Проблема переедания и связанных с ним нарушений пищевого поведения (НПП) у студентов ВУЗов является актуальной, поскольку в настоящее время учеба, в частности, в медицинском учебном учреждении, характеризуется высокой интенсивностью интеллектуального труда, часто сопровождается информационным и эмоциональным стрессом, который отражается на состоянии здоровья.

Цель исследования - анализ особенностей пищевого поведения, психологических характеристик и общего состояния здоровья студентов-медиков.

Материалы и методы. На базе кафедры психиатрии с наркологией проведено изучение особенностей пищевого поведения 570 студентов (средний возраст 22,3±3,3 года), в том числе 146 юношей (25,6%) и 424 девушки (74,4%), путем опроса с использованием разработанной анкеты. Контрольную группу составили 58 студентов без НПП. Анализ вариантов НПП проводили по типологии этих нарушений, предложенной Красноперовой Н.Ю. (2001). Психогенное переедание выявлено у 247 обследуемых (51,9%), АПП - у 148 студентов (31,1%), в 81 случае (17,0%) отмечалась нервная булимия.

Психометрическую оценку личностных характеристик проводили с использованием теста пищевых предпочтений EAT-26, оценки уровня социальной фрустрированности Вассермана, шкалы реактивной тревожности Спилбергера-Ханина.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что 476 из 570 студентов (83,5%) регулярно переедают, то есть у них наблюдаются НПП. Анализ уровней ИМТ показал, что нормальная масса тела наблюдалась у 57 студентов (12,0%), избыточный вес был диагностирован в 256 случаях (53,8%), у 95 студентов (19,9%) выявлено ожирение 1 степени, у 48 студентов (10,1%) - 2-й и у 20 обследуемых (4,2%) - 3-й степени.

Оценка фактора «Диета» показала, что в контроле значение показателя было на уровне 10,21±0,87 балла, у обследуемых группы 1 (АПП) было ниже - 8,92±0,51 балла (p>0,05), в группе 2 (ПП) значение было достоверно выше (p<0,05). В третьей группе величина показателя составила 14,75±2,17 балла, достоверно превышало уровни в контроле и в группе 1 (p<0,05).

Сравнение значений показателя «Булимия» опросника EAT-26 выявило наличие достоверных отличий (p<0,05) показателя у студентов с НПП по сравнению с уровнем в контрольной группе (1,09±0,11 балла). В группе 1 его значение составило - 3,34±0,21 балла, в группе 2 - 3,08±0,17 балла, в группе 3 величина его была максимальной - 8,41±1,23 балла, достоверно превышало (p<0,05) уровни в группах 1 и 2.

Сопоставление уровней интегрального показателя опросника EAT-26 показало, что в контрольной группе его величина составила 12,22±0,62 балла, тогда как в группе 1 было статистически значимо (p<0,05) больше - 15,37±0,44 балла. В группе 2 уровень данного параметра достоверно превышал (p<0,05) таковой в контроле и группе 1, составив 18,45±1,12 балла, тогда как в третьей 3 величина интегрального показателя опросника EAT-26 была максимальной, статистически значимо выше (p<0,001) чем во всех остальных группах - 27,10±1,55 балла.

Уровень личностной тревожности в контрольной группе составил 44,3±4,7 балла, тогда как у большинства студентов с НПП его величина была выше. Оценка реактивной тревожности показала, что в контрольной группе значение показателя составило 46,1±5,2 балла, в то время как в группах обследуемых с НПП его величина была статистически значимо (p<0,05) выше и составила 55,4±3,5, 59,6±6,2 и 61,3±5,7 соответственно в группах 1, 2 и 3.

Уровень социальной фрустрированности в контрольной группе был оценен на 1,19±0,10

балла, в то время как у студентов с АПП значение показателя было достоверно (p<0,05) выше, составив 1,38±0,07 балла. Значения данного показателя в группах 2 и 3 существенно не отличались от уровня в контроле, но были существенно меньше (p<0,05) по сравнению с их уровнями в группе 1, их величина составила 1,14±0,05 и 1,12±0,11 балла, соответственно. Оценка уровня алекситимии показала отсутствие значимых межгрупповых различий.

Выводы:

1. Нарушения пищевого поведения выявлены у 83,5% студентов медицинских высших учебных заведений. При этом наиболее частым из них является психогенное переедание, которое отмечается у 51,9% обследуемых, на втором месте в структуре подобных нарушений - АПП (31,1%), реже выявляется нервная булимия - в 17,0% случаев.

2. У студентов высших медицинских учебных заведений с нарушениями пищевого поведения наблюдаются повышенные уровни тревожности (личностной и реактивной, социальная фрустрированности и алексимитии. Максимальные уровни тревожности наблюдаются у лиц с нервной булимией, более выраженная социальная фрустрированность - у студентов с АПП.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ VERSUS СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ СТАТУС СЕМЬИ: НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКЦИЙ

Н.В. Жукова

ФГБОУ ВО МГППУ, г. Москва

Ключевые слова: психическое развитие ребенка; здоровье, генотип-средовое взаимодействие, неблагоприятные условия в детстве, формирование аддикций

В постерном докладе представлен краткий аналитический обзор ряда современных междисциплинарных исследований о негативном влиянии неблагоприятных условий в детстве, связанных с низким социально-экономическим статусом семьи на общее и психическое развитие ребенка. Международные исследования на базе межпрофессионального взаимодействия (ВОЗ, ЮНИСЕФ, Lancet, ОЭСР, PISA) обращают особое внимание на то, что условия «многомерной бедности» (дефицитарное питание, жилищные условия, стресс, обедненная среда, недостаток развивающих стимулов, повышенная вероятность жестокого обращения, образовательное неравенство и др. неблагоприятные факторы) оказывают крайне негативное воздействие на разные аспекты здоровья детей, чей растущий организм особенно чувствителен к средовому влиянию, что в дальнейшем отражается на всех этапах взрослой жизни.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ж.М. Искандарова, С.Б. Бабарахимова

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: параноидная шизофрения, эмоциональные нарушения, тревога, депрессия, дисфория

В литературе данные по гендерным особенностям структуры аффективной патологии и социально-психического функционирования больных, роли адаптационного потенциала личности отличаются разноплановостью и отсутствием единого подхода (Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. 2020).

Цель исследования: изучить гендерные особенности аффективной патологии у женщин и мужчин с параноидной шизофренией. Материалы и методы исследования: в исследование были включены 30 женщин и 48 мужчин с тревожно-фобическими и депрессивными расстройствами шизофренического спектра. Для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), а для определения уровня тревожности - опросник тревожности Спилбергера-Ханина.

Результаты и обсуждения: из 78 обследованных больных у 58% диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения F-20.00, у 42% обследованных - параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения F-20.01. Инициальный этап параноидной шизофрении приходился на период дебюта заболевания в возрасте 30-35 лет отличался средне-прогридиентным течением с постепенным формированием дефекта в эмоционально-волевой сфере и снижением энергетического потенциала личности. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациентов – констатировалась выраженная тревога. На фоне тревожных расстройств у большинства обследуемых лиц женского пола отмечалось склонность к формированию суицидальных мыслей актуального характера с планированием и подготовкой к заранее обдуманного самоубийства. У лиц мужского пола тревожная симптоматика сочеталась с развитием дисфорических состояний с включениями импульсивности, агрессивности и делинквентности. Клиническое оформление тревожной патологии в гендерном аспекте отличалось в основном различиями как в уровне тяжести степени тревожности, так по преобладанию ведущего симптома в картине заболевания. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мужчин депрессия легкой степени была выявлена в 68% случаев и в 31% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у женщин депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. Клинические проявления эмоциональной сферы у мужчин отличались большей представленностью дисфорических состояний с включениями гипоманиакальной симптоматики гневливого характера. По результатам, полученным после выхода больных из депрессии, каждая из сопоставляемых групп обнаружила свои особенности по показателю личностной самооценки: для большинства больных параноидной шизофренией с непрерывным типом течения была характерна заниженная самооценка, для группы больных с параноидной шизофренией с эпизодическим типом течения наблюдалась завышенная самооценка. Гендерные особенности аффективных нарушений у женщин преимущественно были представлены депрессивной

симптоматикой тяжелой степени клинических проявлений со склонностью к суицидальным тенденциям и формированию идей самообвинения и самоуничижения.

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

ДИСТАНЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

С.Ф. Исмаилова, А.В. Размахнин

ЦППП ГБУЗ НПЦ психоневрологии им. З.П. Соловьева ДЗМ, г. Москва

Пандемия коронавирусной инфекции 2020 г. внесла значимые изменения во все сферы жизнедеятельности мирового населения, особенно в медицине, став проверкой на прочность систем здравоохранения всех стран, без исключений. Именно в этот период всем медицинским учреждениям пришлось кардинально менять привычные подходы в оказании медицинской помощи населению, в том числе, используя телемедицинский подход. Многочисленные последствия и осложнения перенесенной болезни, большое количество смертельных исходов, нарушив социальные связи, серьезно повлияли также и на психическое здоровье населения, резко повысив уровень тревожных и депрессивных расстройств.

Одним из широко используемых методов поддержки пациентов стала телемедицина с использованием возможностей цифровых технологий.

В условиях пандемии Ковид-19 на базе научно-практического психоневрологического центра имени З.П. Соловьева ДЗМ была разработана лечебно-восстановительная программа для пациентов перенесших Ковид-19. А для медицинских работников ДЗМ, в том числе, работавших с Ковид-19 разработана программа комплексной психолого-психотерапевтической помощи. С апреля 2020 года был организован Центр психолого-психотерапевтической поддержки (ЦППП) для расширения многоуровневой помощи пациентам клиники в дистанционном формате. В штат отделения вошли врачи-психиатры, психотерапевты и медицинские психологи. В течение первого года работы отделения сотрудники оказывали помощь пациентам НПЦ психоневрологии, проводя консультации по телефону, включавших коррекцию ранее назначенной психофармакотерапии (ПФТ), продление рецептов, психотерапевтических и психологических консультаций. С 2020 по 2021 гг. в формате дистанционной поддержки пациентов по телефону всего было обработано 59 799 обращений, в том числе проведено 31 527 консультаций по телефону и 144 видео-консультаций пациентов, проходящих лечение в НПЦ им. З.П. Соловьева. С августа 2021 г. на базе ЦППП начала действовать горячая линия «Соловей» организованная для помощи пациентам с онко-заболеваниями. С июня 2022 г. сотрудниками ЦППП начали проводиться первичные видео-приемы пациентов с последствиями после перенесенной коронавирусной инфекции в рамках работы проекта «Здоровая Москва».

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО САМОСОЗНАНИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ

М.А. Ичмелян

Московский научно-исследовательский институт психиатрии, филиал ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России, г. Москва

Доклад посвящён исследованию особенностей полового самосознания пациентов с нарушением гендерной идентификации, у которых был диагностирован «Транссексуализм» и другие психические заболевания, и также обсуждению способов углублённого анализа образа «Я» у лиц с расстройствами половой идентичности, обратившимися для экспертизы спорных половых состояний.

Наблюдаются отличия в половом самосознании пациентов с транссексуализмом и обследуемых, у которых половая дисфория является проявлением психического заболевания. Отмечены особенности гендерной идентичности пациентов с транссексуализмом и коморбидной психической патологией.

Современное состояние проблемы дифференциальной диагностики расстройств половой идентичности находится на достаточно высоком уровне, но при этом имеет очевидные сложности. С одной стороны, в настоящее время имеется обширный теоретический материал по вопросам расстройств половой идентичности. Эта тема рассматривается с точки зрения разных теоретических аспектов, внутри различных теоретических школ и имеет междисциплинарную направленность. С другой стороны, тестирование любого рода является необходимым, но не достаточным основанием для диагностики.

Информационные технологии позволяют производить поиск специализированной информации по данной теме и организовывать её обсуждение среди заинтересованных в данном вопросе лиц, не имеющих профессиональных познаний в данной теме [Новикова З.Д., Дворянчиков Н.В., 2016]. Это порождает новые сложности для специалистов, имеющих дело с пациентами, обратившимися с данным вопросом для постановки диагноза или же для прохождения психолого-сексолого-психиатрической экспертизы. Возможность пациентов обсуждать имеющиеся методы диагностики и делиться опытом прохождения психологического исследования затрудняет дифференциальную диагностику расстройств половой идентичности. Лица с определёнными диагнозами склонны считать, что возможная гормональная и хирургическая коррекция пола поможет им в изменении своего негативного состояния и улучшении качества жизни. При этом они обладают достаточным интеллектом, чтобы в процессе тестирования и консультаций с врачом-психиатром создать ложную картину присутствующих нарушений полового самосознания по транссексуальному типу. Рядом авторов подчёркивается, что во многих случаях внутрипсихического конфликта, связанного с трудностями определения полоролевого статуса, и утверждается идентификация с противоположным полом и проявляется тенденция прийти в соответствие со своим осознаваемым полом, индивид позиционирует себя как лицо, страдающее транссексализмом [Матевосян С.Н., Введенский Г.Е., 2012]. Лица с различными типами расстройств половой идентичности уверены в своём диагнозе «транссексуализм» и при обследовании стараются соответствовать своим представлениям о нём. Тем не менее, дифференциально-диагностические критерии всё ещё остаются достаточно размытыми и существуют трудности при их проверке. Основным является опыт врача-психиатра и других членов комиссии при рассмотрении подобных случаев, которые достаточно сложно формализовать, так как особенности каждого пациента, обратившегося по вопросу о смене пола, крайне различны и часто не поддаются классификации и не вписываются в существующие критерии.

Таким образом, необходимость точного понимания аспектов нарушения расстройств половой идентичности в настоящий момент оказывается, как никогда актуальной, требуя новых подходов, уточняющих и углубляющих объективные данные тестирования.

Теоретико-методологическими основаниями эмпирической части исследования служат достижения отечественных исследователей о поэтапном формировании структур полового самосознания в процессе онтогенеза и закономерностях его нарушений, идеи культурно-исторической школы о протекании процессов интериоризации компонентов психики, в частности, реализующих полоролевое поведение, системно-деятельностные подходы - описывающих динамику реализуемой активности в конкретных жизненных обстоятельствах.

Методы исследования: теоретический анализ литературы; беседа, анализ документов (медицинская карта); тестирование, метод статистической обработка данных.

Методики исследования:

1. Методика «Маскулинность и фемининность» (МИФ).
2. Методика «Кодирование».
3. Методика «Цветовой тест отношений» (ЦТО).

Одной из основных задач при проведении исследования особенностей полового самосознания лиц с расстройствами половой идентичности является выявление степени интериоризации половой роли на сознательном и эмоциональном уровне. Половая (гендерная) идентичность является базовой идентичностью. Поэтому при нарушениях становления половой идентичности важно обращать внимание на целостность идентичности личности обследуемого в целом.

При различных патопсихологических состояниях уровень нарушений идентичности представляется различными способами. Она может быть не сформирована, как происходит при расстройствах шизофренического спектра. Она может иметь нарушенную и нелогичную структуру, например, имея разнонаправленный характер на логическом и эмоциональном уровне, как при психотических состояниях.

ИЗУЧЕНИЕ ОКСИДОРЕДУКТАЗНЫХ АКТИВНОСТЕЙ IgG ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Д.В. Казанцева, И.А. Меднова, Л.П. Смирнова, А.В. Семке, С.А. Иванова

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, г. Томск

Ключевые слова: абзимы, IgG, шизофрения, окислительный стресс

Работа поддержана грантом РНФ №18-15-00053-П (2021-2022 гг.)

Актуальность. Согласно современным представлениям теории патогенеза шизофрении имеют в своей основе нарушение работы нейротрасмиттерных систем и они запускают многочисленные изменения в различных системах организма. Нарушение регуляции свободнорадикального метаболизма при шизофрении связано с дисбалансом активности трех ключевых ферментов системы антиоксидантной защиты, а именно, супероксиддисмутазы (СОД), глутатионпероксидазы (ГП), и каталазы. Ранее было обнаружено наличие оксидоредуктазных свойств у сывороточных IgG пациентов с шизофренией. Изучение каталитической активности антител при шизофрении открывает новые подходы к пониманию патогенеза этого заболевания и к поиску новых методов ее лечения.

Целью исследования было исследование каталазной и НАДФН-зависимой пероксидазной активностей IgG пациентов с параноидной шизофренией в острую фазу и в фазу ремиссии.

Задачи:

1. Проверить жёсткие критерии принадлежности изучаемых активностей IgG собственно антителам пациентов с шизофренией;
2. Изучить каталазную активность сывороточных IgG пациентов с шизофренией в острую фазу и в фазу ремисии;
3. Изучить НАДФН-зависимую пероксидазную активность сывороточных IgG пациентов с шизофренией в острую фазу и в фазу ремисии;

Материалы и методы. IgG были выделены методом аффинной хроматографии на колонках с ProteinG-Sepharose. На основании проверки строгих критериев (анализ гомогенности, гельфильтрация в условиях pH-шока) показано, что каталитическая активность является собственным свойством антител. Каталазную активность IgG определяли у 83 больных шизофренией (34 пациента в острой фазе и 36 - в ремиссии) и у 27 здоровых лиц по снижению концентрации перекиси водорода при добавлении исследуемого образца. НАДФН-зависимую пероксидазную активность иммуноглобулинов класса G определяли у 30 больных шизофренией (20 пациентов в острой фазе и 10 - в ремиссии) и у 27 здоровых лиц по окислению НАДФН в сопряженной глутатионредуктазной реакции восстановления гидропероксида третичного. Исследуемые активности определяли спектрофотометрическим методом на спектрофотометре SPECORD M-40 (Carl Zeiss). Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программы Statistica 12.0.

Результаты и обсуждение. Проверка ряда общепринятых критериев показала, что исследуемые активности являются собственным свойством антител. Каталазная активность IgG пациентов, в состоянии ремиссии, оказалась более чем в 3 раза ниже, чем у здоровых лиц (p=0,005) и у больных шизофренией в острой фазе (p=0,008). Пациенты с острой шизофренией также характеризовались статистически значимо сниженной (в 2 раза) каталазной активностью IgG по сравнению со здоровыми лицами (p=0,023). НАДФН-зависимая пероксидазная активность IgG пациентов с острой шизофренией была статистически значимо выше, чем у здоровых лиц: (p=0,039). При этом не было обнаружено значимых различий между уровнями ГП активности АТ у пациентов с ремиссией и лиц с острой шизофренией (p= 0,282), и у пациентов с ремиссией и здоровыми добровольцами (p=0,999). Данные результаты демонстрируют значительные изменения в работе антиоксидантной системы у пациентов с шизофренией.

Выводы. Показано, что IgG здоровых лиц и пациентов с шизофренией обладают каталазной и НАДФН-зависимой пероксидазной активностью и доказано, что исследуемая активность является собственным свойством антител. Установлено, что каталазная активность каталитических антител больных снижена в сравнении со здоровыми лицами, напротив, НАДФН зависимая пероксидазная активность увеличивается в острую фазу заболевания. Этот факт может отражать особенности антиоксидантной системы у больных шизофренией.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ

М.В. Калантарова[1,2], И.Ф. Рощина[1,3], А.А. Шведовская[1], А.И. Хромов[1,3]

[1] ФГБОУ ВО МГППУ, г. Москва
[2] ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва
[3] ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

Процессы нормального физиологического старения связаны с изменениями в познавательной и эмоционально-волевой сферах, объективным ограничением возможностей здоровья, сужением привычного круга общения, изменениями социального и семейного статуса пожилого человека. При патологических вариантах старения, ограничения психического здоровья оказываются более выраженными, тогда как возможности формирования адекватных компенсаторных стратегий, напротив, снижаются по сравнению с нормой [1]. Пациенты с синдромом мягкого когнитивного снижения (MCI) сталкиваются с трудностями адаптации к новым условиям жизни с учетом нарастающих ограничений. Проблема реабилитации пациентов с MCI остается актуальной.

В настоящее время в России идет культурная адаптация программы Когнитивной стимулирующей терапии (Cognitive Stimulation Therapy, CST) [2], разработанной профессором Университетского Колледжа Лондона A.Spector. Настоящая программа является единственной немедицинской формой терапии деменции и MCI, которая входит в национальное руководство Великобритании и успешно применяется более, чем в 30 странах мира [3].

Когнитивная стимулирующая терапия (КСТ) не подразумевает целенаправленного обучения новым когнитивным стратегиям, но основана на принципах, способствующих спонтанной актуализации компенсаторного потенциала пожилого человека с нейрокогнитивным дефицитом через апелляцию к его личности и эмоциональное вовлечение в ситуацию общения. Среди важнейших принципов, которыми необходимо руководствоваться, работая в данном подходе, выделяют создание дружелюбной и веселой атмосферы на занятиях, уважительное отношение ко всем участникам группы, отказ от оценочных суждений в отношении самих участников и их личных мнений.

Курс Когнитивной стимулирующей терапии включает 14 встреч продолжительностью по 45-60 минут. Встречи проходят в группах по 5-8 человек. К критериям включения в группу относят достаточный уровень общей и коммуникативной активности, отсутствие нарушений социальных норм поведения и склонности к агрессии. Когнитивный дефицит участников группы должен примерно соответствовать одному уровню выраженности. Желательно, чтобы в группе были одинаково представлены мужчины и женщины.

Организация работы в группе соответствует традиционным правилам в групповой психотерапии: постоянный состав участников, выбор названия и обсуждение правил группы, создание ритуалов приветствия и прощания на каждой встрече. На соблюдение мер поддержания групповой сплоченности отводится до трети всего времени встречи. Ведущие групповых занятий выступают скорее модераторами, чем менторами занятий. Тематика и структура встреч строго регламентирована, но предлагаемые задания направлены не на поиск верного ответа, а на формулировку собственного мнения в рамках обсуждаемой проблемы. Поощряется аргументация собственного мнения с апелляцией на сложившиеся в предыдущем опыте предпочтения и личные симпатии. Содержательно значительную часть каждой встречи представляют методы арт- и трудотерапии.

Несмотря на то, что основной целью КСТ выступает профилактика мнестико-интеллектуального снижения, улучшение когнитивного функционирования достигается за счет актуализации сферы интересов, повышения самооценки и создания адекватной среды общения. Принципы организации работы с пациентами в группах предполагают системное воздействие на психическую сферу человека, преодоление отрицательных личностных установок, расширение возможностей социальной реадаптации пациентов с MCI.

Список литературы:

1. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Нейропсихологический подход к исследованию нормального и патологического старения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009. № 3-4. С.4-8.
2. Шведовская А.А., Калантарова М.В., Хромов А.И., Рощина И.Ф. Программа «Когнитивная стимулирующая терапия» при когнитивных дефицитах у лиц пожилого возраста: адаптация в России / Диагностика в медицинской(клинической) психологии: традиции и перспективы (к 110-летию С.Я. Рубинштейн). Научное издание. Сборник материалов Третьей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 25-26 ноября 2021 г. / под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. - М.:, 2021. - 374 с. С.299-301.
3. Spector A., Orrell M., Woods B. Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia // International journal of Geriatric Psychiatry. 2010; 25 (12): 1253-1258.

ДИАЛЕКТИЧЕСКИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ТЕРАПИИ, МКБ-11 И ПСИХОЛОГИЯ ВЗРОСЛОГО РАЗВИТИЯ

О.Э. Калашникова

ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ», г. Москва

Ключевые слова: суицид, психотерапия, диалектическая поведенческая терапия, мкб-11

МКБ-11 предлагает 5 важных измерений, необходимых для продуктивного участия отдельного человека в жизни. Каждое из этих измерений имеет по два крайних полюса, при которых поведение личности становится радикально заостренным и неадаптивным. А синтетическая - диалектическая и сбалансированная - позиция в каждом из измерений является желательным. Интересно, что вышеупомянутые пять измерений впрямую совпадают с психологическими навыками, которым терпеливо обучают в диалектических подходах в психотерапии. Диалектическая поведенческая терапия (DBT) и Радикально открытая диалектическая поведенческая терапия (RO DBT) эффективны для лиц с суицидальным и самоповреждающим поведением. Но если DBT предназначена для лиц с ослабленным контролем эмоций, то RO DBT – для людей со сверхконтролем чувств и поведения. Обе диалектические терапии в основном были сформированы практикой, но теперь обрели доказательные основания в пяти дименсиях МКБ-11. Важно отметить, что после такого сближения практики и науки, понимание человеческой психологии все больше перекликается с философским пониманием природы человека, отстаиваемое экзистенциально-гуманистической философией и психологией – необходимости взаимодействовать с конечностью индивидуального существования, потребностью учитывать фактор времени и индивидуальной активности, возможностью определять степень своей свободы в сфере собственной жизни и социума.

КЛИНИКА И ТЕРАПИЯ КОМПУЛЬСИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У МУЖЧИН

И.Ю. Кан, М.И. Ягубов

Московский НИИ психиатрии - филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Актуальность исследования. «Компульсивное расстройства сексуального поведения» официально входит в новое издание «Международной классификацию болезней» (ICD-11), вступающей в силу в 2022 году, под рубрикой 6C72. Предыдущая версия (ICD-10) не содержала данной диагностической категории, ограничиваясь разделом «Повышенное половое влечение» (F52.7). До сих пор нет полной определенности, как квалифицировать данный феномен, как «пристрастие», навязчивое или импульсивное расстройство. По мнению Coleman E. (1992) компульсивное расстройство сексуального поведения может затронуть 5%–6% от общей численности населения. Согласно Fuss J. и др. (2019) оно составляет 5,6% у пациентов, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством, причем у мужчин распространенность значительно выше, чем у женщин. Таким образом, актуальность исследования обусловлена тем, что компульсивное сексуальное поведение является проявлением и маркером различных вариантов психической патологии, имеет широкое распространение, вызывает диагностические сложности, может осложнять течение психического расстройства, усугубляя дальнейшую социальную и сексуальную дезадаптацию пациентов.

Цель исследования. Изучение клинических особенностей компульсивных расстройств сексуального поведения и разработка комплекса терапевтических мероприятий.

Материалы и методы. Проанализированы материалы обследования 59 пациентов мужского пола в возрасте в среднем 35,2 + 12,2 лет. Признаком, по которому пациенты включались в изучаемую группу, являлось наличие у них стойкой, повторяющейся невозможности контролировать свое сексуальное поведение в виде частых, в некоторых случаях незавершенных оргазмом, субъективно неприятных, мастурбаторных действий, которым пациенты безуспешно сопротивлялись.

Результаты и обсуждение. Для сравнения характерных клинико-психопатологических особенностей в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 пациенты были распределены на четыре группы. В первую, вошли 24 пациента, у которых было диагностировано шизоидное расстройство личности. Предпочитая аутоэротические формы сексуальной активности в виде мастурбации, игнорируя принцип парности, они были совершенно равнодушны к нуждам практической жизни, обыденным интересам, потребностям партнера и семьи. Вторую группу составили 12 пациентов, страдающих обсессивно-компульсивными расстройствами, у которых повторяющиеся мастурбаторные действия, были связаны с «непреодолимой тревогой». Для третьей группы (8 пациентов) с органическими расстройствами личности была характерна в той или иной степени симптоматика психоорганического синдрома. Основной мотивацией служило не получение удовольствия, а желание испытать «какие-либо сверхсильные ощущения», чтобы справиться с апатией, которая приходила на смену эйфории, раздражительности и агрессии. К четвертой группе были отнесены 15 пациентов с шизотипическими расстройствами. Отличием от сексуального поведения пациентов в других группах являлось аутохтонное начало на фоне эмоционального опустошения, что обращало на себя внимание по сравнению с эмоционально окрашенными навязчивыми симптомами в других группах.

Терапия. Лечебные мероприятия носили комплексный характер, при этом основной акцент делался на психофармакотерапию и психотерапию. В первой группе предлагался индивидуальный план психотерапевтических, поведенческих мероприятий, направленных на улучшение социальной адаптации. Во второй группе широко применялась секс-терапия. В третьей кроме психотерапии медикаментозная терапия, направленная прежде всего на соответствующее заболевание ЦНС. В четвертой назначались малые дозы антипсихотиков и серотонинергических антидепрессантов.

Выводы. В результате проведенного исследования было установлено, что изучение психопатологических особенностей компульсивного сексуального поведения является важным диагностическим критерием для квалификации психической патологии и выработки адекватной терапевтической и реабилитационной программы.

ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА НА ПРОЯВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ

Е.А. Катан

Оренбургский Государственный медицинский университет, г. Оренбург

Ключевые слова: неблагоприятный детский опыт, синдром отмены алкоголя

Алкоголь взаимодействует с гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системой, интенсивность и характер реакции зависят от множества переменных.

Цель исследования: изучение влияния неблагоприятного детского опыта на формирование компульсивного влечения к алкоголю и зависимости от алкоголя.

Материал и методики исследования: Основную группу составили 346 пациентов. Обследование проводилось в отделениях Оренбургского областного клинического наркологического диспансера. ACE-IQ WHO Международный опросник неблагоприятного детского опыта ВОЗ (Adverse Childhood Experience – International Questionnaire WHO); 7. DRS-R-98 - оценка тяжести делирия (Delirium Rating Scale - R - 98).

Результаты. Статистически достоверных различий при сравнении тяжести симптомов делирия у пациентов с разной интенсивностью НДО не выявлено. Пациенты с тяжелым и крайне тяжелым НДО, переживают алкогольные психозы в возрасте 25-30 лет ($\chi 2=18,667$ $r=0,492$, $p<0,001$), у них нет соответствия между длительностью систематического употребления алкоголя, возрастом формирования основных симптомов алкогольной зависимости и тяжестью предшествующей интоксикации, то есть делирий возникает здесь и сейчас, словно при сопутствующем инфекционном заболевании, что наводит на мысль о сниженном иммунитете и реактивности организма.

Алкогольные психозы у более зрелых пациентов, в возрасте 35-40 лет, перенесших неблагоприятный детский опыт, характеризуется полиаддиктивной симптоматикой в анамнезе, однако отмечено более легкое течение.

У пациентов с благополучным детством, в возрасте 35-40 лет, СОА проявляется преимущественно сомато-неврологической симптоматикой. Но и у этих пациентов характерны алкогольные делирии. Однако, они развиваются в 2,8 раз реже, чем делирии у пациентов с НДО. У более старших больных (40+) из группы интактных НДО со стертой аддиктивной симптоматикой (снижение толерантности, уменьшение количества употребляемого спиртного из-за проблем со здоровьем), алкогольные психозы отличаются более развернутым, с переходом в энцефалопатии, течением.

Самая высокая распространенность делириев среди пациентов с НДО 4+. Ранний возраст возникновения алкогольных делириев в возрасте 25-30 лет, проявляющихся преимущественно атипичной симптоматикой характерен для пациентов - мужчин, переживших крайне тяжелые неблагоприятные детские переживания (НДО4+) (физическое насилие, эмоциональное насилие,

пренебрежение основными потребностями) в этом исследовании согласуется с сообщениями о том, что травма в детском возрасте является фактором риска развития психоза.

Среди пациентов с умеренным и тяжелым неблагоприятным детским опытом отмечались развод родителей, лишение свободы, самоубийство или смерть родителей/опекунов, насилие в семье или безучастие в системе социального обеспечения детей. Все они потенциально травматичны и могут привести к более поздним сопутствующим психопатологическим расстройствам, выраженность которых увеличивается в рамках СОА: интернализирующие (тревога и депрессия) расстройства, экстернализирующие (недостаточная регуляции поведения с агрессивными, деструктивными и импульсивным состояниями). В совокупности эти изменения способствуют персистированию негативного эмоционального состояния на фоне невозможности осуществлять контроль над употреблением алкоголя, а также реагировать на стрессовые события, которые могут спровоцировать чрезмерное употребление алкоголя.

Заключение. Неблагоприятный детский опыт снижает адаптационные ресурсы головного мозга к воздействию алкоголя, что приводит к раннему возникновению психопатологических и психотических расстройств в рамках синдрома отмены алкоголя у пациентов с НДО, в отличие от пациентов с благополучным детством.

СЕКСУАЛЬНАЯ АДДИКТОЛОГИЯ И ДИСГАРМОНИЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ ПАРЫ

Н.Д. Кибрик

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Сексуальная аддикция рассматривается многими авторами как психическое расстройство, однако большая часть сексуальных девиаций встречаемых в клинической практике можно объяснить особенностями воспитания, а также сексуальным поведением, связанным с психологическим состоянием, травмами и т.д. Все это приводит к возникновению психологической, сексуально-поведенческой и сексуально-физиологической дезадаптации партнеров.

Дисгармоничные отношения возникают не только при наличии неудовлетворенности в сексуальном факторе, но и при аддикции определённых сексуальных отправлений связанных с проявлениями сексуальных отношений. Обследование пар, где инициаторами обращений были женщины с жалобами на аноргазмию, анализ сексуального поведения пары выявлял дисгармоничные отношения, связанные с сексуальным поведением партнеров, у которых выявлялась зависимость возникновения сексуального возбуждения от виртуальных представлений порнографического содержания, преобладающих в сознании партнеров и вынуждающих их переживать половой акт и прибегать к аутоэротизму, сопровождающегося просмотром порнографии.

Следует выделять в сексуальной аддикции помимо аутоэротизма также разнообразные «перверзитеты» (Дон-Жуанизм, сатириазис, нимфоманию и пр.) подробно описанные П.Б. Посвянским (1972 г.), которые значительно влияют на сексуальное поведение пары, приводя к аноргазмии партнера. Тщательный сексологический анализ поведения партнеров и соответствующие назначение психофармакологических препаратов и психотерапевтические мероприятия способствовали нормализации парных отношений, где ведущим фактором, определяющим возникновение дисгармоничных отношений был сексуальный.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ОТЧУЖДЕНИЯ РОДИТЕЛЯ (СЕМЬИ)

С.В. Клюев

Национальная ассоциация исследователей синдрома отчуждения родителя, г. Москва

Ключевые слова: психологический синдром, отчуждение родителя, отчуждение семьи, психологическое индуцирование, интрапсихический конфликт

Начиная с последней четверти XX века, все большее внимание со стороны науки стало уделяться патологической форме адаптации ребенка в ситуации развода (расставания) родителей, проявляющейся в отвергающем отношении ребенка к одному из родителей и иным членам семьи. Исследования данного психосоциального феномена показали, что часто дети, отвергающие своего родителя и иных членов своей семьи, делают это потому, что другой родитель или иной значимый для них взрослый манипулировал ими, и это повлекло то, что они стали придерживаться ложных и искаженных мыслей и чувств в отношении отвергаемых ими членов своей семьи. Во внутрисемейные отношения при этом входило отчуждение, привязанность ребенка к родителю и иным членам семьи ослабевала, а затем полностью разрушалась.

Для описания такой инверсии отношения ребенка к одному из родителей, отношений внутри патологического треугольника родителей и ребенка, отношений между отчужденным ребенком и отчуждающим родителем уже более ста лет обсуждающихся в научной литературе использовалась различная терминология, в том числе: «настроенные дети» (Judith Wallerstein and Joan Kelly, 1976), «дети с «сильным союзом» (Janet Johnston and colleagues, 1985), «синдром отчуждения родителя» (Richard Gardner, 1985), «синдром Медеи» (Judith Wallerstein and Sandra Blakeslee, 1989) , «программирование» и «промывание мозгов» (Stanley Clawar and Brynne Rivlin, 1991), «не основанное на фактическом взаимодействии отношение» (Barry Bricklin, 1995), «синдром злонамеренного родителя, связанный с разводом» (Ira Turkat, 1999), «родительский гейткипинг» (Allen, Hawkins, 1999), «отчужденный ребенок» (Joan Kelly and Janet Johnston, 2001), «патологическое отчуждение» (Richard Warshak, 2003), «расстройство отчуждения от родителя» (William Bernet, 2008), «отчуждение родителя» (Demosthenes Lorandos, William Bernet, and Richard Sauber, 2013), «динамика сопротивления/отказа от контактов» (Marjorie Gans Walters and Steven Friedlander, 2016), «принудительное отчуждение семьи» (Waquim Bruna Barbieri), «индуцированное отчуждение родителя» (Wilfrid von Boch-Galhau, 2020).

Отечественные психологи и психиатры в для описания психического состояния ребенка и клинико-психологической оценки негативного отношения ребенка к отдельно проживающему родителю в судебных спорах о воспитании тяготеют к оперированию терминами «конфликт лояльности» или «интрапсихический конфликт», а также «психологическое либо психогенное индуцирование негативного отношения к родителю» (В.В. Гульдан, Ф.С. Сафуанов, Н.К. Харитонова, О.А. Русаковская).

Синдромный подход в психодиагностике и консультировании, опирающимся на представления о целостной, прогностически ориентированной диагностике развития, оказался характерен научной школе Л.С. Выготского, А.Р. Лурии, Д.Б. Эльконина, и получил развитие в исследованиях доктора психологических наук А.Л. Венгера, которым описаны, изучены и проанализированы 11 устойчивых психологических синдромов, включая хроническую неуспешность, социальную дезориентацию, семейную и групповую изоляцию.

Основываясь на этом подходе, можно дать определение психологическому синдрому отчуждения родителя (семьи) – это устойчивое аномальное состояние психики ребенка, обусловленное воздействием на него ряда

психосоциальных факторов, включая психогенное индуцирование негативного отношения к родителю (иным членам семьи) и иные тактики отчуждения со стороны значимых для ребенка взрослых, основными проявлениями которого являются патологическое слияние с инициатором отчуждения (индуктором, алиенатором) и необоснованное отвержение отчуждаемого (целевого) родителя и иных, связанных с ним, членов семьи ребенка (вплоть до полного прекращения контактов с ними). Данный синдром на определенном этапе становится психопатизирующим, способствуя возникновению и развитию у ребенка психических дисфункций и соматических заболеваний.

РАБОТА НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА, ПЕРЕПРОФИЛИРОВАННОГО ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И COVID-19 В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ 2020-2021

А.И. Клячин[1], М.Н. Земсков[1], Е.А. Лактаева[1], С.А. Шамов[2], А.В. Масякин[3]

[1] Клинический филиал №2 ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», г. Москва
[2] Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва
[3] ГБУЗ МО «Центральная клиническая психиатрическая больница им. Ф.А. Усольцева», г. Москва

Ключевые слова: ключевые слова Covid-19, перепрофилирование стационара

На основании приказа ДЗМ от 11.04.2020 №389, КФ№2 ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» был определен для госпитализации пациентов с подозрением и подтвержденным диагнозом Covid-19.

Штатное расписание усилено персоналом до 620 человек.

В стационаре развернуты 690 коек и 10 в ОРИТ.

Стационар был разделён на красную и зелёную рабочие зоны.

Организованы:

- потоки движения потоков персонала и пациентов.
- зона раздевалок, помещение выдачи СИЗ, санпропускники, на входе в красную зону и на выходе из неё.
- питание пациентов и сотрудников.
- предоставление ежедневной отчетности в оперативный штаб по Коронавирусу города Москвы, в ДЗМ и станцию СМП им. А.С. Пучкова.

Стационар начал принимать больных 19 апреля 2020 г., на пике поступления - 22 апреля, поступило 211 пациентов.

В апреле-мае 2020 года ежедневно поступало и выписывалось от 40 до 50 пациентов, и к окончанию второй недели работы в корпусе находился 691 пациент.

Приказами ДЗМ №397 от 14.04.2020, №435 от 22.04.2020, КФ №2 был определен как стационар долечивания для пациентов с Covid-19, или подозрением на нее, страдающих психическими расстройствами.

Однако, пациенты переводились из больниц первого эшелона на 2–3 сутки от начала заболевания в тяжелом состоянии, чему способствовало сочетание тяжелой соматической патологии, психической патологии, преклонного возраста.

«Психиатрические» больные составляли 63.1%. Это были больные из ПБ и ПНИ. У них преобладали Органические психические расстройства - 48.7%, Шизофрения и бредовые расстройства - 32.9%, Умственная отсталость - 16.2%.

Пациенты с сопутствующей наркологической патологией поступали в КФ №2 для лечения Covid-19 или для изоляции в статусе контактных пациентов. В 2020 году их было 22.9%, а в 2021 году – 24% от числа всех пациентов. В диагнозах преобладали рубрики: F10.x – 72.1% в 2021 и 73.8% в 2022 г., F19.x – 18.9% в 2021 г., 17.5% в 2022 г., F11.x – по 6.7%.

Для пациентов с психической патологией востребованы мероприятия сестринского ухода:

- психиатрический надзор,
- туалет и санитарную обработку,
- кормление,
- переворачивание по часам, уход и профилактику пролежней,
- соблюдение питьевого режима,
- мероприятия по профилактике травматизма.

В мае-июле 2020 года были привлечены 120 волонтеров.

В связи с ухудшением состояния было переведено 340 пациентов в 2020 году, и 41 в 2021 году. Причинами перевода явились болезни органов дыхания в 55.9%, болезни системы кровообращения в 17.4%, болезни органов пищеварения в 10.6% случаев. Соотношение причин переводов в 2021 году несколько поменялось: 42.5%, 37%, 6.8% (в том же порядке перечисления причин переводов). Переводы по иным показаниям составили в 2020 году - 16%, в 2021 – 1.4%.

В 2020 году в ПБ Москвы, с выздоровлением от Covid-19, были переведены 162 пациента, в 2021 – 41 человек (32% и 36% от числа переведенных в другие стационары соответственно).

Изначально стационар не был оснащён централизованной подачей кислорода, лишь в июне 2021 года, стационар был оснащен 40 передвижными концентраторами кислорода.

Подавляющее число пациентов - 83.6% в 2020 и 90.7% в 2022 году - выбыли с улучшением, с ухудшением - 11.8% в 2021 и 9% в 2022 году.

Всего зафиксировано 148 летальных исходов. Показатель летальности составил 3.6% в 2020 году, и 1.3% в 2021 году.

Коронавирусная инфекция или ее осложнения явились причиной смерти в 97 случаях (65.5%), еще в 40 случаях (27.1%) COVID-19 явился фактором, осложнившим течение основных заболеваний пациентов, и повлиявшим на танатогенез.

11 летальных исходов (7.4%) не были связаны с Covid-19: заболевания сердца - 4 случая, ХИГМ, энцефалопатия – 4 случая, онкология – 3 случая.

При повторном перепрофилировании летальных исходов не было.

Проверки Роспотребнадзора ЮАО, выездных консультативных бригад ДЗМ, Медицинской инспекции ДЗМ, инспекции ДТСЗН – не выявили нарушений.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ИММУНОГО СТАТУСА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, ПРИНИМАЮЩИХ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ

А.П. Комарова, Т.В. Агибалова, Т.Р. Петросян, С.Н. Теплова, Е.А. Брюн

Клинический филиал №1, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва

Ключевые слова: синдром зависимости от психоактивных веществ, ВИЧ-инфекция, антиретровирусная терапия, приверженность, вирусная нагрузка

Введение. Эпидемия ВИЧ–инфекции в значительной степени «подпитывается» употреблением инъекционных наркотиков. Между зависимостью от инъекционных психоактивных веществ (ПАВ) и инфекционными заболеваниями отмечается высокий уровень коморбидности. У 54,9% ВИЧ-инфицированных, основной путь заражения - употребление инъекционных наркотиков с использованием нестерильного инструментария (Илюк Р.Д., Джалилова З.О., Громыко Д.И. и др., 2015). Данное утверждение подтверждается и статистическими данными наркологических диспансеров РФ, где наблюдается рост уровня ВИЧ-инфекции среди зарегистрированных потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Так, в 2009 г. этот показатель составлял 13,2%, в 2015 г. – 21,2%, в 2017 г. – 25,6%, в 2019 г. – 27,3% (Киржанова В.В., Григорова Н.И., Бобков Е.Н., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В., 2020). Зависимость от ПАВ и в особенности острая интоксикация сопровождается снижением контроля над поведением, а ПАВ, имеющие психостимулирующее действие, растормаживают сексуальное влечение и его рискованную составляющую (Лиознов Д.А., Николаенко С.Л., Жигалов А.А. и др., 2012). В результате, наблюдается выход эпидемии ВИЧ-инфекции из уязвимых групп населения в общую популяцию, в которой активно продолжает распространяться.

Основным компонентом лечения пациентов с ВИЧ-инфекцией является антиретровирусная терапия (АРТ), с помощью которой можно добиться контролируемого течения заболевания (Мазус А.И., Каминский Г.Д., Зимина В.Н., и др., 2013). Главная цель АРТ – максимальное подавление вирусной репликации до неопределяемого уровня РНК ВИЧ в плазме крови. Установлено, что употребление ПАВ изменяет прогрессирование ВИЧ-инфекции не только через нерегулярную терапию, но и прямо, путем иммунной модуляции и увеличения вирусной нагрузки ВИЧ (Брюн Е.А., Агибалова Т.В., Петросян Т.Р. и др., 2019). При систематическом потреблении ПАВ, особенно на фоне роста толерантности, изменяются параметры иммунного статуса (снижение Т-хелперов, естественных киллеров, В-лимфоцитов и регуляторных клеток, повышение Т-киллеров и активированных Т-лимфоцитов) (Станько Э.П., 2013).

Для того чтобы АРТ на протяжении длительного времени была эффективной, необходимо строгое соблюдение назначенной схемы лечения, начиная с самого первого дня (Мазус А.И., Каминский Г.Д., Зимина В.Н., и др., 2013). Поскольку несоблюдение пациентами режима лечения приводит к возникновению мутаций устойчивости и отбору устойчивых штаммов ВИЧ, а возможности дальнейшего выбора активных препаратов снижаются (Станько Э.П., Игумнов С.А., 2013). Таким образом, в наркологической практике остро стоит вопрос о комплексном подходе к лечению ВИЧ-инфекции у пациентов с зависимостью от ПАВ, повышение эффективности и приверженности к АРТ у данной категории пациентов.

Целью настоящего исследования является сравнительный анализ показателей иммунного статуса у ВИЧ-инфицированных ПИН, принимающих АРТ, с группой потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), не принимающих АРТ.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» в КФ №1, в отделении для лечения ВИЧ-инфицированных пациентов в период с 2020 по 2021гг. В исследование были включены 60 пациентов мужчин (на всех стадиях ВИЧ), в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст 38,6 лет), проходивших курс стационарного лечения и давших информированное согласие на участие в исследовании. У всех пациентов ВИЧ-инфекция была диагностирована на основании эпидемиологических и клинических данных и подтверждена обнаружением специфических антител к белкам ВИЧ-1 методом ИФА и иммунного блоттинга. Все пациенты состояли на учете в МГЦ СПИД, где им была назначена АРТ врачом инфекционистом. Пациенты, включенные в исследование, были поделены на две основные группы: I группа – принимающие АРТ, II группа – пациенты, не принимающие АРТ. В каждой группе учитывался диапазон иммунного статуса (ИС): количество СД4 клеток - до 400 и более 400 клеток (порог возникновения оппортунистических инфекций), уровень вирусной нагрузки (ВН): >200 коп/мл, что соответствует вирусологической неэффективности, и <200 коп/мл.

Результаты. При анализе основных групп пациентов было выявлено, что в I группу вошло 37 пациентов (61,7%). Из них, всего лишь 5 пациентов (13,5%) не имели первоначальных данных ИС. Во II группу вошли 23 пациента (38,3%), из которых больше половины (52,2%) не знали свой ИС. Эти данные подтверждают низкий уровень приверженности у рассматриваемой категории пациентов. Средний возраст I группы составил 39,3 лет, во II группе – 37,9. Распределение стадий ВИЧ-инфекции: I группа - 3 ст - 37,8%; с 4А ст - 27,1%; 4Б ст - 21,6%; 4В ст - 13,5%. II группа - 3 ст - 30,4%; 4А ст - 47,8%; 4Б ст - 13,1%; 4В ст - 8,7%. Как видно из полученных показателей, практически половина пациентов поступает на лечение в наркологический стационар со стадией 4А, без приема АРТ, в связи с чем возрастает риск обострения вторичных оппортунистических заболеваний (бактериальных, грибковых, вирусных). Сравнительный анализ исходных данных уровня клеток СД4 и ВН у исследуемых групп пациентов, позволяет увидеть, что уровень ВН заметно ниже в I группе (СД4 >400 кл/мл – 56,2%; ВН < 200 коп/мл – 78,8%), чем во II группе (СД4 < 400 кл/мл – 54,6%; ВН > 200 коп/мл – 90,9%). При сравнении уровня СД4 и ВН в исходных данных с полученными показателями ИС, во время исследования, в I группе, выявлен рост количества клеток СД4 и уменьшение вирусной нагрузки (СД4 >400 кл/л – 56,8%; ВН >200 коп/мл – 80,7%). Увеличение роста клеток СД4 и уменьшение ВН, у пациентов находящихся на лечении в наркологическом стационаре и продолжающих принимать АРТ, подтверждает утверждение, что ПАВ оказывают дисрегулирующее влияние на иммунный статус путем иммунной модуляции и увеличения вирусной нагрузки.

Выводы. На основании проведенного исследования, можно сделать вывод, что даже несмотря на продолжение употребления ПАВ и прогнозируемое неблагоприятное течение ВИЧ-инфекции в связи со значительными нарушениями в клеточном звене иммунитета, вызванными употреблением наркотиков, эффективность приема АРТ неоспорима. Также на основании данного исследования, можно сделать вывод, что при длительном лечение наркологического заболевания и приема поддерживающей терапии, улучшается показатели иммунного статуса, что уменьшает риск возникновения оппортунистических заболеваний или их обострения. Таким образом, проведенное нами исследование показывает, что важнейшую роль в лечении ВИЧ-инфекции у ПИН играет высокая приверженность к АРТ и к лечению зависимости от ПАВ, что в совокупности внесет большой вклад в снижение распространения ВИЧ-инфекции в РФ.

ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

С.Г. Копоров, Е.А. Кошкина, М.С. Смирновская, Е.А. Кошкин, Е.И. Миронова

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва

Ключевые слова: алкоголизм, наркомания, ремиссии, программы реабилитации, повторные госпитализации, снятие с наблюдения

Актуальность. Исследования, проведенные РИА Рейтинг, показали, что Москва и Санкт-Петербург в «Рейтинге качества жизни населения в российских регионах – 2021» занимают первые две позиции. В то же время в «Рейтинге регионов РФ по отсутствию вредных привычек», они не являются лидирующими: в 2020 г. Санкт-Петербург занимает 39 рейтинговое место, а Москва – 54 место. В этой связи раннее выявлению лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, чрезвычайно значимо.

Цель и задачи. Сравнительный анализ качества оказания наркологической помощи в России, Москве и Санкт-Петербурге (СПб) в целях ее совершенствования.

Материалы и методы. Для анализа качества оказания наркологической помощи по лечебной деятельности были использованы показатели повторности госпитализаций, включения пациентов в амбулаторные и стационарные программы реабилитации, длительности ремиссии и показателя прекращения диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением (стойким улучшением), рассчитанные на основании статистической формы №11 за период 2015 – 2020 гг.

Результаты и обсуждение. Показатели ремиссии в анализируемых нозологических группах как в Москве, СПб, так и в России за рассматриваемый период свидетельствуют о его росте. Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от года до двух лет на 100 больных среднегодового контингента в Москве выросло с 11,9 (2015) до 13,3 (2020), в СПб – с 8,1 до 12,0, в России – с 12,8 до 13,8. Число больных, находящихся в ремиссии свыше двух лет, также выросло: в Москве – с 9,5 (2015) до 11,8 (2020), в СПб – с 9,6 до 12,5, в России – с 10,1 до 12,0.

Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет в Москве, СПб и в России также выросло. Число больных, находящихся в ремиссии от года до двух лет на 100 больных среднегодового контингента в Москве вырос с 9,3 (2015) до 11,7 (2020), в СПб – с 7,4 до 11,1, в России – с 10,6 до 13,1. Число больных, находящихся в ремиссии свыше двух лет, также выросло: в Москве - с 9,9 (2015) до 11,4 (2020), в СПб – с 12,8 до 13,7, в России – с 11,2 до 11,5.

Показатель повторности поступления в стационар больных алкоголизмом за 5 лет сохранялся наиболее высоким в Москве (39,7 – 43,5%) и самым низким в России (26,3 – 26,7%). в СПб данный показатель варьировал от 28,9% (2018) до 45,4 %(2016), в 2020 г. он составил 34,1%.

Повторные госпитализации по поводу наркомании также наиболее высокими были в Москве, и за 5 лет показатель увеличился с 36,1 до 41,7%. Самым низким и стабильным он был в России (28,5 - 29,5%), а в СПб – заметное снижение с 44,7 до 34,8%.

Процент больных, включенных в стационарные программы реабилитации от числа пациентов, госпитализированных в связи с наркологическими заболеваниями, не имел однозначной тенденции. Наибольший рост отмечался в СПб – с 8,1% до 14,2%; в России рост незначительный (5,1 – 5,4%), а в Москве – снижение с 5,9% до 5,4%.

Процент больных, включенных в амбулаторные программы реабилитации от числа пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, в 2020 году в России, Москве и СПб имел тенденцию к росту. Наибольший рост отмечался в Москве, где показатель увеличился с 2,3% до 5,6%. В России с 3,5% до 4,7% и наименьший рост отмечался в СПб – с 1,7% до 2,2%.

Показатель снятия с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением на 100 больных среднегодового контингента невелик. Среди больных алкоголизмом за 5 лет он увеличился в Москве на с 1,7% до 2,6% и в СПб с 1,8% до 2,5%, в РФ он несколько снизился с 3,6% до 3,2%. Показатель снятия с диспансерного наблюдения больных наркоманией в связи с выздоровлением вырос: Москве – с 0,8% до 3,0%, в СПб – с 2,0% до 2,6%, в России – с 3,0% до 4,4%.

Выводы. Показатели ремиссии от 1 года до 2-х лет и свыше 2-х лет по наркомании и алкоголизму несколько выросли. Показатель повторности поступления в стационар больных алкоголизмом и наркоманией в Москве был выше и вырос, в России он был относительно стабильным, в СПб он варьировал и снизился. Процент больных, включенных в стационарные программы реабилитации, наиболее высоким был в СПб. Процент больных, включенных в амбулаторные программы реабилитации в России, Москве и СПб имел тенденцию к росту. Показатель снятия с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением среди больных алкоголизмом увеличился в Москве и в СПб, а в РФ он несколько снизился; среди больных наркоманией этот показатель несколько снизился.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА АНТИДЕПРЕССИВНУЮ ТЕРАПИЮ

А.О. Корендюхина

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

Ключевые слова: психофизиология, депрессия, антидепрессанты, непсихотические депрессивные расстройства, биологическая терапия, предикторы

Депрессия представляет собой распространенное психическое расстройство, которому подвержены более 300 миллионов человек из всех возрастных групп, а риск возникновения депрессивного эпизода в течение жизни составляет в среднем 12%. Депрессивные расстройства склонны к рецидивированию, так, после первого эпизода частота рецидивов в течение двух лет превышает 40%, а после двух эпизодов риск рецидива в течение пяти лет составляет приблизительно 75%. Помимо этого, депрессия часто вызывает вторичную нетрудоспособность, связанную с обострением хронических заболеваний, и в то же время такие пациенты часто не выполняют предписания врачей в связи с соматическими расстройствами. Сочетание первичной инвалидности, вызванной депрессией, и вторичной инвалидности вследствие соматического расстройства делает депрессию одной из самых дорогостоящих медицинских проблем в мире.

Современное развитие клинической психофармакотерапии, по данным многих исследователей, должно учитывать не только прогнозирование возможного терапевтического эффекта, но и основываться на нейрональных и поведенческих дименсиях с целью достижения адекватного терапевтического ответа. Исследование предикторов психофармакологического ответа с учетом биологически-конституционального типа реагирования может иметь важное значение в современной прогнозируемой персонализированной медицине, в том числе, при обосновании лекарственной терапии больных с депрессивными расстройствами.

На базе Филиала ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ» было проведено исследование 88 пациентов с диагнозами депрессивный

эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство и дистимия с целью выявления предикторов, влияющих на ответ на антидепрессивную терапию. Были использованы такие методы как клинико-психометрический, клинико-психопатологическое обследование, а также методы психофизиологической объективизации, включавшие систему приборного компьютеризированного динамического изучения.

При анализе результатов исследования были сформулированы следующие выводы:

1. Пациенты с непсихотическими депрессивными расстройствами характеризуются преобладанием поведенческой активности типа Б, для которого характерными особенностями являются большая реактивность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и парасимпатической нервной системы в противовес типу А, для которого характерна большая реактивность симпатической нервной системы и мозгового вещества надпочечников. Учитывая двунаправленность природы гормонально-поведенческих отношений, данное деление определяется биологическими факторами и вегетативной гиперактивностью.

2. При разделении пациентов на группы с тенденцией к более высокому и низкому типам поведенческой активности было обнаружено, что группы различаются по психофизиологическим и вегетативным параметрам, что свидетельствует о биологической детерминированности деления. Для группы с изначально более низкими показателями поведенческой активности характерно большее снижение аппетита, большая гибкость когнитивных функций, низкий уровень эмоциональной возбудимости и большая вовлеченность гуморального звена и напряженности регуляторных механизмов при обеспечении функционирования организма, по сравнению со второй группой. Показатель мощности волн низкой частоты, в свою очередь, косвенно свидетельствует о большем влиянии симпатической нервной системы во второй группе.

3. Ответ на антидепрессивную терапию потенциально зависит от таких психодиагностических и психофизиологических показателей, как выраженность поведенческой активности, энергичность, специфичность поведения и стабильность нервных процессов. Превышение установленного уровня данных показателей предсказывает вероятность того, что они будут служить предиктором положительного ответа на терапию, соответственно, чем выше фоновый уровень данных показателей, тем выше вероятность респонса.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ И ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДАХ COVID-19

Н.В. Котовская

ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», г. Москва

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, психический статус, депрессия, тервожность, covid-19

Актуальность и новизна. Быстро накапливающийся и постоянно обновляющийся опыт наблюдения за пациентами, которые перенесли коронавирусную инфекцию вызванную вирусом SARS-CoV-2, указывает на важнейшее значение оценки у них психического здоровья. Очевидно, что исследование психического статуса в остром периоде болезни хоть и затруднено по объективным причинам, но анализ таких данных, особенно в сопоставлении с отдаленным наблюдением, представляет большой научный и практический интерес.

Цель исследования. Изучить психопатологические симптомы у пациентов без психических заболеваний в анамнезе, госпитализированных по поводу SARS-CoV-2 -ассоциированной пневмонии и оценить динамику психического статуса данных пациентов через 6 месяцев после выписки из стационара.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в стационарах г. Москвы, перепрофилированных для лечения пациентов с коронавирусной пневмонией: ОСП-Российского геронтологического научно-клинического центра ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, ГКБ №24, МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова.

Обследовано 149 пациентов (73 женщины, 76 мужчин) в возрасте 26 до 84 лет, проходивших стационарное лечение по поводу пневмонии, вызванной вирусом SARS-CoV-2 в период с апреля по июнь 2020 года. Накануне выписки из стационара пациенты заполняли опросник SCL – 90r . Из них 104 человека (57 женщин, 47 мужчин) заполнили опросник повторно через 6 месяцев. Среди пациентов, заполнивших опросник через полгода после выписки из стационара – 61 человек младше 60 лет, 43 человека старше 60 лет (средний возраст 54,6±11,4 года).

Данные по шкалам анкеты сравнивались в зависимости от возраста (старше или младше 60 лет) и времени заполнения опросника (перед выпиской из стационара и через 6 месяцев после выписки).

Результаты исследования. Пациенты, заполнившие опросник накануне выписки из стационара были разделены на две группы по возрасту: старше 60 лет (n = 83) и младше 60 лет (n = 66).

У пациентов старше 60 лет, по сравнению с группой младше 60 лет, несколько более выражены симптомы по шкале тревожности и враждебности, и значительно более выражены по шкале обессивности-компульсивности.

Пациенты, заполнившие опросник через 6 месяцев после выписки были также разделены на две группы по возрасту: старше 60 лет (43 пациента) и младше 60 лет (61 пациента).

У пациентов старше 60 лет оказались более выраженными симптомы, соответствующие шкалам паранойяльности и враждебности , и наиболее значимо выражены симптомы по шкале соматизации. У пациентов младше 60 лет более выраженными оказались симптомы по шкале тревожности и депрессии .

Различия в выраженности симптомов, в зависимости от времени заполнения анкеты (накануне выписки из стационара и через 6 месяцев после неё), оказались статистически значимыми. Накануне выписки из стационара пациенты отмечали большую выраженность симптомов по шкалам соматизации, депрессии , тревоги, враждебности, чем пациенты, заполнившие опросник через 6 месяцев после выписки. Однако, через полгода после выписки из стационара, симптомы по шкале фобической тревожности у пациентов стали более выраженными, чем накануне выписки из стационара.

Выводы:

1. Изменения психического статуса наблюдались уже в период госпитализации даже после стабилизации соматического состояния.

2. Через 6 месяцев после выписки из стационара значительно снижается выраженность симптомов по шкале соматизации, что может быть связано с исчезновением симптомов соматического заболевания.

3. Симптомы по шкалам обессивности-компульсивности, тревожности, депрессивности, межличностной сензитивности имеют тенденцию к снижению, однако остаются достаточно выраженными, что может являться свидетельством низкой скорости их редукции.

4. Вне зависимости от возраста, у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию депрессивные и тревожные симптомы остаются достаточно выраженными даже спустя 6 месяцев после госпитализации.

ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В РОССИИ

Е.А. Кошкина, М.С. Смирновская, Е.А. Кошкин, Е.И. Миронова

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва

Ключевые слова: смертность, алкоголизм, наркомания, причины

Актуальность. Важнейшими задачами демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года являются: сокращение уровня смертности не менее, чем в 1,6 раза, прежде всего в трудоспособном возрасте от внешних причин.

Цель и задачи. Изучение причин смертности среди контингента наркологических больных в России для разработки рекомендаций по ее снижению.

Материалы и методы. Для анализа причин смертности за период 2010-2021 гг. среди контингента наркологических больных были использованы данные, включенные в среднюю по России статистическую годовую форму №37.

Результаты и обсуждение. За анализируемый период 2010-2021 гг. число снятых с наблюдения в связи со смертью пациентов наркологического профиля с синдромом зависимости от алкоголя, наркотиков, ненаркотических ПАВ снизилось. Следует отметить, что число пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением в России за эти годы, снизилось на 54,2% (с 2 827 280 в 2010 г. до 1 294 502 в 2021 г.) и, соответственно, снизилось и абсолютное число снятых с наблюдения в связи со смертью от всех наркологический заболеваний на 45,3% (с 79 787 в 2010 г. до 43 624 в 2021). В то же время следует отметить, что доля снятых с наблюдения в связи со смертью от числа лиц находящихся под диспансерным наблюдением оставалась в течении 10 лет в пределах от 2,2% до 2,8% и в 2021 г. составила 3,4%.

Среди изучаемого контингента в стране за весь анализируемый период преобладали больные алкоголизмом, включая алкогольные психозы, на долю которых приходилось от 82,3% до 87,0%. Число таких больных, снятых с наблюдения в связи со смертью в 2021г. значительно сократилось и составило 36 756 (в 2010 г. - 69 133). Больные наркоманией составляли в разные годы от 12,9% до 17,5%. В 2021 г. их число сократилось и составило 6790 человек (2010 г. – 10 457).

Среди больных наркоманией, обратившихся за наркологическом помощью, преобладали лица молодого возраста, в числе которых велика доля потребителей инъекционных наркотиков, употребление которых вызывают такие опасные ассоциированные инфекционные заболевания как ВИЧ, СПИД, Гепатит С и В, а также передозировку наркотиками, приводящую к смерти. Поэтому причины снятия с наблюдения в связи со смертью больных наркоманией изучаются более детально. Анализируются следующие причины: снятия с наблюдения в связи со смертью больных наркоманией умерших по причинам: психические заболевание (2010 г. – 43 пациента, в 2021 г. – 2), острое отравление (передозировки) наркотиками (2010 г. – 1182 пациента, в 2021 г. – 649), соматические заболевания (2010 г. – 3373 пациента, 2021 г. – 3132), самоубийство (2010 г. - 263 пациента, в 2021 г. – 95), несчастный случай (в 2010 г. – 603 пациента, в 2021 г. – 290), другие причины (2010 г. – 700 пациентов, в 2021 г. – 564), не известны (2010 г. – 2411 пациент, в 2021 г. – 2067).

Среди причин снятия с наблюдения в связи со смертью больных наркоманией ведущими причинами за анализируемый период являлись соматические заболевания, на долю которых приходилось среди всех больных, снятых с наблюдения, от 39,3% до 50,6%. К 2021 году число смертей по этой причине снизилось. Число смертей от неизвестных причин занимало второе ранговое место и в разные годы составляло от 22,9% до 38,4%. Третьей ведущей причиной снятия с наблюдения являлось острое отравление (передозировка) наркотиками. В разные годы доля этой причины составляла от 6,1% до 13,8%.

Выводы. Среди лиц, снятых с наблюдения в связи со смертью, преобладали больные алкоголизмом, что, вероятно, связано с низкой обращаемостью больных наркоманией по сравнению с больными алкоголизмом. Анализ данных свидетельствует о том, что ведущей причиной смертности больных наркоманией являются соматические заболевания, поэтому особое внимание следует обратить на лечение соматических заболеваний среди этого контингента. В то же время велика доля снятых с наблюдения в связи со смертью по неизвестным причинам, что требует углубленного анализа с целью разработки профилактических мер.

ИММУНОГЛОБУЛИНЫ КЛАССА G БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ЭФФЕКТИВНО ГИДРОЛИЗУЮТ СУБЪЕДИНИЦЫ NR1 И NR2 NMDA-РЕЦЕПТОРА IN VITRO

А.А. Кузницына[3], Л.П. Смирнова[1], Е.А. Ермаков[2], Д.А. Камаева[1], А.К. Сурин[3,4]

[1] Научно-исследовательский институт психического здоровья ФГБНУ ТНИМЦ РАН, г. Томск
[2] ФГБУН Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, г. Новосибирск
[3] ФГБУН Институт белка РАН, г. Пущино
[4] Филиал ФГБУН Институт биоорганической химии им. академиков М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН, г. Пущино

Работа поддержана грантом РНФ № 18-15-00053 П (2021-2022)

Актуальность. NMDA-рецептор (NMDAR) – ионотропный глутаматный рецептор, селективно связывающий N-метил-D-аспартат. По структуре NMDAR является гетеротетрамером, состоящим из двух субъединиц NR1 и двух субъединиц NR2. Аномальная функция данного рецептора связана в том числе с патогенезом шизофрении. В частности, гипофункция NMDAR лежит в основе патофизиологии негативной симптоматики и когнитивного дефицита. Ранее у пациентов с шизофренией были выявлены аутоантитела, обладающие нуклеазной, каталазной и оксидоредуктазными активностями. В данном исследовании затрагивается изучение протеолитической активности сывороточных антител больных шизофренией против NMDA рецептора.

Цель: изучение способности IgG пациентов с шизофренией гидролизовать фрагменты субъединиц NR1 и NR2 NMDA-рецептора in vitro.

Методы. Для эксперимента были синтезированы субстраты – рекомбинантные белки DBD-NMDAR1 и DBD-NMDAR2, содержащие внеклеточные домены субъединиц NMDAR NR1 и NR2. Фракции IgG были выделены из образцов крови пациентов с диагнозом шизофрения (n=5) с помощью аффинной хроматографии. Гомогенность препаратов IgG и отсутствие примесей подтверждали с помощью SDS-PAGE. Реакционную смесь, содержащую 0,5 мг/мл белков-субстратов и 0,1 мг/мл IgG больных и здоровых лиц, инкубировали в течение 9 часов при температуре 37°C. Оценку продуктов гидролиза фрагментов субъединиц NR1 и NR2 иммуноглобулинами класса G производили посредством хромато-масс-спектрометрического анализа на масс-спектрометре OrbiTrap Elite (Thermo Scientific, Германия), соединенном с нанопотоковым хроматографом Easy-nLc 1000 (Thermo Scientific, США). Обработка результатов производилась с помощью программного

обеспечения PEAKS Studio-7.5 (Bioinformatics Solutions Inc., Канада).

Результаты и обсуждение. Впервые была показана способность препаратов IgG пациентов с шизофренией гидролизовать как DBD-NMDAR1, так и DBD-NMDAR2 in vitro. По данным статистического анализа с применением критерия Вилкоксона препараты IgG гидролизовали субъединицу рецептора со следующей эффективностью: в случае DBD-NMDAR1 количество идентифицированных пептидов (после гидролиза) из домена NR1 (среднее значение: 23 пептида) было значительно выше (p=0,005), чем из несущего домена DBD (10 пептидов). В случае DBD-NMDAR2 количество идентифицированных пептидов из домена NR2 (60 пептидов) также было достоверно выше (p=0,017), чем из несущего домена DBD (45 пептидов). Таким образом, результаты позволяют сделать вывод о том, что антитела пациентов с шизофренией обладают каталитической активностью против фрагментов субъединиц NMDAR – NR1 и NR2. При этом более активному гидролизу антителами подвергается белок DBD-NMDAR2. Пока нет однозначного мнения об участии каталитических антител в патогенезе шизофрении, возможно, что IgG удаляют из периферического кровотока поврежденные участки рецепторов.

РИСКИ НАРУШЕНИЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ХИМИЧЕСКИХ ПРОИЗВОДСТВ

С.В. Кузьмина

Кафедра психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ РФ, г. Казань

Ключевые слова: факторы риска, психическое здоровье работников, вредные условия труда, химическая промышленность

В силу особенностей труда на производстве, физических и психических перегрузок, влияния неблагоприятных экологических факторов работники промышленности являются группой повышенного риска развития различных заболеваний, в том числе психических расстройств.

Цель исследования. Научное обоснование системы комплексной оценки производственных и непроизводственных факторов риска формирования нарушений психического здоровья и вероятности превентивных мер у работников производства порохов. У работников производства порохов, среди вредных факторов труда обращает на себя внимание напряжённость трудового процесса, повышенные психоэмоциональные нагрузки, угроза здоровью и жизни работников, обусловленная взрыво- и пожароопасностью. Показателем напряженности трудового процесса, значительно повышающим эмоциональные нагрузки у изученных работников, является степень ответственности за безопасность других лиц. По наблюдениям, наиболее высокие шансы развития психической дезадаптации в условиях хронического воздействия субтоксических доз сложных химических органических композиций, сочетающиеся с работой во взрыво-и пожароопасных производствах, были выявлены у женщин со стажем работы 5-10 лет и мужчин со стажем работы 10-15 лет.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки обследованы 201 работник основной и 352 работника группы контроля. Использовались: клинико-психопатологический, клинико-динамический, экспериментально-психологический, психометрический и социологический. Проведены: клиническое структурированное психиатрическое интервью; анкетирование с целью выявления дополнительных непроизводственных факторов риска; оценка невротических состояний с использованием опросника Яхина К.К., Менделевича Д.М.; методики цветовых выборов Люшера. В статистической системе R были избраны методы корреляционного анализа данных, с дальнейшим определением факторов влияния.

Результаты. Общая тяжесть трудового процесса при производстве порохов определяется, как тяжёлая третья – 3.2-3.4 на всех производственных участках. Средний возраст обследованных составил 50,6±9,9 лет, средний стаж работы на производстве - 22,3±12,0 года.

Вероятность формирования психической дезадаптации в группе наблюдения и группе условного контроля достоверно отличалось (P≤0,05).

Проведённый анализ влияния временных характеристик, включая стаж и возраст, свидетельствует о том, что, наиболее высокие шансы развития ПД в условиях хронического воздействия химических веществ, сочетающиеся с работой во взрыво- и пожароопасных производствах, были выявлены у работников со стажем 1-4 года (0,750±0,217). Вероятность формирования ПД относительно группы контроля значительно выше среди лиц со стажем до 4 лет среди работников основной группы (p≤0,005), что можно объяснить формированием психического расстройства и уходом этих лиц из профессии. Внутри производственной группы вероятность формирования ПД достоверно снижается к 5-14 году работы (0,394±0,085, p≤0,005). Начиная с 15 года стажа вероятность формирования ПД вновь нарастает (0,450±0,056). По вероятности проявлений, максимальный вклад в формирование состояния ПД приходится на три шкалы: шкалу невротической депрессии (уровень вероятности составляет 0,322±0,469), при этом выраженность аффективной симптоматики по интенсивности (величине ДК) занимает третье место (ДК= -2,05±2,95) после выраженности по шкале конверсионного типа реагирования (ДК= -2,45±3,01) и шкалы вегетативных нарушений (ДК= -3,56±4,23), уровень проявления которой, является в основной группе более выраженным. Наиболее характерными являются симптомы невротической депрессии в сочетании с конверсионными и вегетативными проявлениями. Степень выраженности каждого из компонентов характеризуется вариабельностью, в значительной степени перекрывающей типы расстройств, которые могут быть рассмотрены в рамках «Других расстройств настроения» (F38.0 и F38.1), не дающих оснований классифицировать их кодами F30-F34, так как они не являются достаточно выраженными и тяжёлыми.

КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ АГРЕССИВНОСТИ

А.А. Ловкис

Балтийский федеральный университет им. И. Канта, г. Калининград

Ключевые слова: параноидная шизофрения, пограничное расстройство личности, биопсихосоциальная модель психической патологии, динамическая психиатрия, агрессивность, конструктивная агрессия, деструктивная агрессия, дефицитарная агрессия

В настоящее время пограничное расстройство личности на протяжении длительного времени остается для психиатрии важным объектом общественного здравоохранения, не полностью признанным, с плохо организованным лечением, недостаточно финансируемым. Последствия пограничного расстройства личности для ближайшего окружения пациента зависят от восприимчивости к его поведению и требований, предъявляемых индивидом. Семьи подростков сталкиваются с необходимостью с одной стороны решать проблему стремления их ребенка к автономности, с другой – одновременно защищать молодого человека и обучаться, как справляться с неприятностями, связанными с рискованным поведением. Это может вызывать значительный стресс. Кроме соматических осложнений, обусловленных причинением себе вреда, пациенты с пограничным расстройством личности подвержены риску, связанному с их импульсивностью – приводящему к несчастным случаям, злоупотреблению психоактивными веществами и распространению заболеваний, передающихся половым путем.

На сегодняшний день мы можем столкнуться с трудностями, связанными с карантинными ограничительными мерами и выявления механизмов агрессии у больных пограничными расстройствами личности и шизофрении. Мы часто исследуем только внешние проявления, забывая о внутренних мотивах агрессивного поведения у больных.

Глубинное психологическое содержание феномена агрессии не является полностью изученным. В нашей работе обнаружено повышение показателя поведенческой агрессии у больных пограничными расстройствами личности на фоне высокого когнитивного показателя, определяется диссоциированность и низкая дифференцированность компонентов агрессивности. Структура агрессивности больных пограничными расстройствами личности отличается от структуры агрессивности больных шизофренией высокой взаимозависимостью компонентов агрессии.

Данное исследование может быть применено в клинической практике первичной специализированной помощи.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ, ВЕГЕТАТИВНОГО И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

И.А. Макарова

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, индекс Кердо, SCL-90R, опросник Леонгарда, опросник MPQ

Актуальность. Повышенное артериальное давление (АД) регистрируется у каждого 4-5-го взрослого человека. У 30-45% взрослого населения экономически развитых стран констатируется гипертоническая болезнь (ГБ). В настоящее время принято рассматривать ГБ как психосоматическое заболевание.

Цель. Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы (ССС), вегетативного и психоэмоционального статуса пациентов с ГБ, при повышенном АД и спустя 3 месяца после назначения антигипертензивной терапии.

Задачи. Составить уникальный психологический профиль пациентов с ГБ, выявить статистически значимые корреляционные взаимосвязи между типом акцентуации личности по Леонгарду, основными показателями опросника SCL-90R, уровнем тревоги и депрессии, качеством жизни, характеристиками головной боли, антропометрическими показателями, состоянием вегетативной нервной системы (ВНС) пациентов с ГБ до и после лечения.

Материалы и методы. Проведено обследование 60 пациентов с ГБ в возрасте от 20 до 50 лет, средний возраст - 38,0 (34,5-45,0) лет, 44 мужчин, 16 женщин. Включенные пациенты либо не получали антигипертензивной терапии, либо проводимая антигипертензивная терапия была неэффективна. Пациентам проводилось комплексное обследование на момент включения в исследование, повторно через 3 месяца после достижения и сохранения целевых значений АД. Оценивались антропометрические показатели (рост, вес, подсчет индекса массы тела (ИМТ)), параметры центральной гемодинамики (частота сердечных сокращений (ЧСС), систолическое (САД) и диастолическое АД (ДАД)), вегетативный статус (индекс Кердо). Оценка психоэмоционального статуса пациентов проводилась с использованием следующих опросников: «Перечень учета симптомов - 90 - пересмотренный» (SCL-90R), характерологический опросник Леонгарда, Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), Опросник субъективной характеристики качества жизни (SF-36), Болевой опросник МакГилла (MPQ). Работа одобрена локальным этическим комитетом. Все обследованные пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ «Statistica 10.0», Statsoft (США).

Результаты и обсуждение. Была отмечена склонность пациентов в избыточному весу или ожирению. Зарегистрировано статистически достоверное снижение САД и ДАД, урежение ЧСС, снижение индекса Кердо после подбора или коррекции антигипертензивной терапии. Среди обследованных нами пациентов чаще встречался эмотивный тип акцентуации личности, вторым по распространенности был гипертимический тип. В ходе проведенного исследования выявлено достоверное повышение уровня тревоги и депрессии, показателей всех шкал опросника SCL-90, отмечено преобладание сенсорного компонента головной боли на фоне сохраняющегося повышенного АД у пациентов с ГБ. Была выявлена ведущая роль соматизации и обсессивно-компульсивного параметра в психологическом профиле пациентов с ГБ по результатам опросника SCL-90R при первом обследовании, и их выраженное снижение после нормализации уровня АД. Отмечен высокий

уровень межличностной сенситивности, тревожности, враждебности. Было показано достоверное снижение уровня тревоги и депрессии, улучшение качества жизни, снижение показателей по всем шкалам опросника MPQ после нормализации АД. В ходе корреляционного анализа выявлены статистически достоверные взаимосвязи между типом акцентуации личности по Леонгарду, основными показателями опросника SCL-90R, уровнем тревоги и депрессии, качеством жизни, характеристиками головной боли, антропометрическими показателями, состоянием вегетативной нервной системы (ВНС) пациентов с ГБ, что позволяет говорить о психосоматической составляющей в патогенезе ГБ.

Выводы. В ходе исследования было отмечено преобладание регулирующего влияния симпатического отдела ВНС при отсутствии контроля АД, психологический профиль личности, а также взаимосвязи между антропометрическими показателями, состоянием ВНС и психоэмоциональным статусом пациентов с ГБ.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И НАСЕЛЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

В.Л. Малыгин, М.А. Асасян, Я.В. Малыгин, А.С. Искандирова, Е.Е. Пахтусова, Ю.А. Меркурьева

Кафедра психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва

Вспышка нового инфекционного заболевания COVID-19 явилась серьезным стрссом для медицинских работников и населения всех стран. Среди медицинских работников наиболее часто отмечаются тревожные, аффективные расстройства, симптомы посттравматического стресса (Kang L, Ma S, et al., 2020; Lai J, Ma S, , et al. , 2020; Rossi R, Socci V, Pacitti F, et al.2020), а также признаки профессионального выгорания и эмоционального неблагополучия (Петриков С.С., Холмогорова А.Б., 2020). Отмечается (С.Н. Ениколопов, 2020) рост соматизации, тревожных и фобических расстройств среди населения.

Цель исследования: изучение психического здоровья медицинских работников и населения в г. Москвы в период пандемии COVID-19.

Материал и методы исследования. Характеристика выборки. Исследование проводилось в 4 этапа (ноябрь 2020 г., февраль-март 2021 г, июнь 2021 г. и февраль 2022 г.). Обследовано 65 медработника наркологической клиники, перепрофилированной для приема пациентов с Covid-19 54 медработника наркологической клиники, продолжающей оказывать профессиональную помощь больным наркологического профиля, а также 105 жителей г. Москвы.

Методики исследования. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) в адаптации и валидизации Н. Тарабриной (2000 г); Шкала субъективных факторов стресса, в адаптации В. Л Малыгина, 2000 г.Методы статистической обработки данных: критерий Манна Уитни, коэффициент корреляция Пирсона, множественный регрессивный анализ.

Результаты исследования. На первом этапе исследования, в ноябре 2020 г среди медработников стационара с COVID-19 и медперсонала профильного отделения значимых нарушения психического здоровья, поданным теста SCL 90 R не было выявлено. Значимые различия были выявлены у населения, по сравнению с медработниками, работающими как в стационаре с COVID-19, так и в профильном стационаре по большинству шкал, включая общий индекс тяжести симптомов.

Изучение динамики показателей психического здоровья показала следующее. У медработников стационара с COVID-19 в марте по сравнению с ноябрем месяцем стали сравнительно более выражены такие симптомы, как: соматизация, обсессивно-компульсивность, межличностная сенситивность. Полученные данные могут отражать накапливающуюся усталость и снижение адаптивных механизмов к марту 2021 г., от длительной работы в условиях стресса. Однако, в июне происходить снижение психопатологической симптоматики до нормативным по всем шкалам. Среди населения в марте происходит незначительное уменьшение значений психопатологической симптоматики по всем шкалам, однако они также, как и в ноябре, выходят за рамки нормативных. В июне среди населения, в отличие от группы медработников происходить увеличение значений психопатологической симптоматики по всем шкалам, что отражает сохраняющееся переживание дистресса. В феврале 2022 г. среди медперсонала клиники, работавшей в условиях COVID 19 и медперсонала профильных клиник к февралю 2022 года отмечается повышение показателей по шкале соматизации. Значимых различий показателей психопатологической симптоматики в феврале 2022 г., по сравнению с ноябрем 2020 года не выявлено. Среди населения в феврале 2022 г., по сравнению с ноябрем 2020 г. сохраняются повышенные показатели по большинству шкал опросника SCL 90 R., значимых различий в феврале 2022 г. по отношению к ноябрю 2020 г. не обнаружено.

Выраженность психопатологических симптомов среди населения, в отличие от медработников на всех этапах исследования выходят за рамки нормативных. Интегральный показатель субъективного переживания стресса у населения в исследуемый период период ниже, чем у медработников. При этом показатели шкалы GSI (общий индекс тяжести симптомов) опросника Дерогатиса у населения с ноября 2020 по февраль 2022 значимо выше, по сравнению с медработниками. Полученные данные отражают большую уязвимость населения к стрессу, по сравнению с медицинскими работниками. По данным множественного регрессионного анализа было выявлено, что проблемы, связанные с COVID-19 не оказывают существенного влияния на степень выраженности дистресса среди всех исследуемых групп. Обнаружено влияние бытовых проблем, личностных проблем, социально-экономических проблем.

Выводы. Полученные данные отражают большую уязвимость населения к стрессу, по сравнению с медицинскими работниками. Несмотря на высокий уровень субъективной оценки переживаемого стресса медицинские работники в отделениях с COVID-19 более устойчивы к стрессовым факторам в период пандемии и, соответственно, более сохранны по состоянию своего психического здоровья. Пандемия COVID-19 и связанные с ней проблемы могут быть лишь предикторами неблагополучий в других жизненно важных сферах.

МНОГОФАКТОРНАЯ МОДЕЛЬ ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Я.В. Малыгин

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва

Ключевые слова: факторы, депрессия, невротические расстройства, поиск медицинской помощи, копинг-стратегии

Введение. Пациенты с депрессивными и невротическими расстройствами характеризуются длительным периодом времени от появления симптомов до обращения к врачу.

Цель исследования - выявление факторов обуславливающих временной период от обострения психических нарушений до обращения за медицинской помощью.

Материал: 166 стационарных пациентов с расстройствами из диагностического регистра «невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» «аффективные расстройства».

Методы исследования: клинико-психопатологический, анамнестический, психометрический.

Результаты. Вопреки распространенному мнению и данным литературы, мужчины быстрее женщин обращаются за помощью в среднем на 8 месяцев. Состоящие в браке или гражданском браке отсрочено обращаются за медицинской помощью. Необходимы дополнительные исследования для изучения причин этого феномена. Наличие реактивной тревоги способствует ускорению обращения к врачу. Вероятно, реактивная тревога вызывает выраженный дискомфорт, что определяет поиск медицинской помощи. Кроме того, реактивная тревога более характера для невротических расстройств, чем для депрессивных, тогда как критика к своему состоянию выше при невротических расстройствах. Страдающие невротическими расстройствами быстрее обращаются за медицинской помощью, чем пациенты с депрессивными расстройствами, что может быть связано со снижением критики к своему состоянию и энергетического потенциала среди больных депрессией. Обращение к психологам и священнослужителям задерживает обращение к врачу, что может быть связано с неправильной трактовкой своего состояния. Поиск информации о болезни, напротив, ускоряет обращение к врачу, что отражает активность пациента в отношении своего здоровья. В результате поиска информации пациенты находят возможные варианты прохождения лечения и производят их выбор.

Выраженное влияние на поиск медицинской помощи оказывают и другие показатели, характеризующие активность в отношении своего здоровья. Как и среди первичных пациентов, среди повторных более высокие показатели по валадизированной и адаптированной нами шкале «Уровень активности пациента» способствуют ускорению обращения к врачу. Другой показатель активности – инициатива пациента в выяснении диагноза при контакте с врачом – характерен для пациентов, быстрее обращающихся за помощью. Это определяет важность повышения уровня активности пациентов в отношении здоровья.

Наконец, на скорость обращения к врачу влияют психологические факторы. Средняя степень напряженности копинг-стратегии «самоконтроль» способствует своевременному обращению к врачу, в то время как высокая степень напряжения этой копинг-стратегии способствует отложенному обращению к врачу. Вероятно, умеренный самоконтроль способствует принятию решений без воздействия эмоций, что приводит к адекватным ситуации действиям (обращение к врачу). Среднее значение напряжения этой копинг-стратегии указывает на отсутствие декомпенсации в силу ранних сроков обращения к врачу, а также на адекватный ситуации характер самоконтроля и принятия ответственности. Ярко выраженные тревожные черты личности, вероятно, обуславливают чрезмерную тревогу и затруднения в принятии решения об обращении к врачу. Другие личностные черты не оказывали влияние на активность поиска медицинской помощи. Тип отношения болезни также не влиял на поиск медицинской помощи. Модель длительности поиска медицинской помощи пациентами с расстройствами невротического уровня имеет многофакторный характер и характеризуется высоким значением множественной корреляции (R=0,85).

Заключение. Разработанная модель позволяет прогнозировать длительность поиска медицинской помощи как индивидуально для каждого пациента, так и для группы пациентов, что может быть основой для разработки программ по ускорению обращения пациентов за медицинской помощью.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ МЫСЛЯМИ, СИСТЕМАТИЧЕСКИ ПРИНИМАВШИХ СИНТЕТИЧЕСКИЕ КАТИНОНЫ

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

ООО «АВА-ПЕТЕР», г. Санкт-Петербург
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург

Ключевые слова: синтетические катиноны, психостимуляторы, этап становления ремиссии, суицидальные мысликопинг-стратегии

В последние годы в Российской Федерации в среде наркозависимых отмечается тенденция по повышению смертности от суицидов на фоне снижения смертности от передозировок. Одним из факторов, предрасполагающих к этому, считается тенденция по замещению опиоидных наркотиков на синтетические катиноны (далее СК).

Цель исследования: оценка качества жизни и выраженности психопатологической симптоматики у пациентов, зависимых от синтетических катинонов, с суицидальными мыслями на этапе становления ремиссии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 93 пациента с зависимостью от СК, находившихся на реабилитации со сроком трезвости от 3-х недель до 6 месяцев. Критериями включения в исследование были: согласие пациента, наличие зависимости от СК, отсутствие коморбидной психической патологии. На первом этапе исследования были выявлены пациенты с суицидальными мыслями (25 человек), которые составили основную группу исследования. Группу сравнения составили оставшиеся 68 пациентов. Далее все пациенты прошли исследование с помощью Симптоматического опросника SCL-90-R (Derogatis 1973, в адаптации Н.В. Тарабриной 2001), шкалы Самооценки социальной адаптации (SASS) и визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) оценки самочувствия. На втором этапе результаты пациентов обеих групп подверглись сравнению.

Статистический анализ проводился с помощью программы Statistica 10,0 for Windows. Сравнение показателей в группах проводилось с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных по методике SCL-90-R показал,

что показатели основной группы исследования оказались статистически значимо хуже показателей пациентов из группы сравнения по все показателям. Ниже приведены результаты исследования групп по шкалам и индексам:

SOM (соматизации): 1,18±0,59 (основная группа) и 0,86±0,68 (группа сравнения) (p=0,04).

O-C (обсессивности-компульсивности): 1,77±0,67 и 1,38±0,75 (p=0,024).

INT (межличностной сенситивности): 2,08±0,63 и 1,44±0,71 (p=0,0001).

DEP (депрессии): 2,1±0,69 и 1,2±0,59 (p<0,0001).

ANX (тревоги): 1,9±0,71 и 1,06±0,79 (p<0,0001).

HOS (враждебности): 1,66±0,81 и 1,11±0,76 (p=0,003).

PHOB (фобической тревожности): 1,44±0,91 и 0,64±0,69 (p<0,0001).

PAR (паранойяльности): 1,87±0,64 и 1,28±0,83 (p=0,002).

PSY(психотизма): 1,44±0,68 и 0,88±0,65 (p=0,0004).

GSI (общий индекс тяжести): 1,71±0,53 и 1,08±0,59 (p<0,0001).

PST (общее количество утвердительных ответов): 70,4±13,9 и 53,9±17,8 (p=0,0001).

PSDi (индекс наличного соматического дистресса): 2,14±0,35 и 1,72±0,46 (p=0,0001).

Между тем, показатели пациентов исследуемых групп по шкале Самооценки социальной адаптации и Визуально-аналоговой шкале статистически значимо не различались: самочувствие по шкале ВАШ: 0,72±0,18 и 0,75±0,18 (p>0,05), самооценка социальной адаптации: 32,4±6,4 и 35,2±6,4 (p>0,05).

Заключение. Таким образом, по результатам исследования лиц с зависимостью от синтетических катинонов было выявлено, что показатели пациентов с суицидальными мыслями оказались статистически значимо выше по всем шкалам и индексам Симптоматического опросника SCL-90-R показателей пациентов без суицидальных мыслей.

Наибольшая разница оказалась по шкалам «Депрессии», «Тревожности» и «Фобической тревожности». В тоже время, различия между пациентами сравниваемых групп по самооценке социальной адаптации и физическому самочувствию оказались статистически не значимы.

Полученные данные можно использовать в составлении реабилитационных программ для лечения и реабилитации пациентов с зависимостью от синтетических катинонов.

КОРРЕКЦИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Ю.А. Меркурьева

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва

Ключевые слова: интернет-зависимость, подростки, психокоррекция

Цель исследования - изучить личностно-психологические особенности подростков, способствующие формированию интернет-зависимости и разработать дифференцированную модель психологической коррекции расстройства привычек и влечений в форме интернет-зависимости у подростков.

Анализ литературы позволил нам предположить наличие подгрупп внутри выборки испытуемых с интернет-зависимостью. Мы использовали метод k-средних, предположив 2 кластера. В результате кластерного анализа выделено две основных подгруппы подростков, зависимых от сети интернет: с преобладанием

функциональных нарушений мозговой деятельности (кластер А) и подростков с дезадаптивными паттернами поведения без нейропсихологических нарушений (кластер Б).

В кластер А вошли интернет-зависимые подростки, характеризующиеся следующими особенностями: преимущественно атарактический мотив использования интернета, наличие нейропсихологических нарушений (снижение концентрации внимания, дисбаланс процессов активации – торможения, несформированность функции регуляции контроля деятельности), скудный словарь для описания телесных ощущений, которые все оцениваются как опасные, высокий индекс симптоматического дистресса и показателя межличностной сенситивности, низкие показатели социальной адаптации.

К кластеру Б относятся интернет-зависимые подростки со следующими особенностями: преимущественно гедонистический мотив использования интернета (онлайн игры), наличие ярковыраженной акцентуации (возбудимый, гипертимный, демонстративный типы), более богатый словарь интрацептивных ощущений, высокие показатели депрессивной и обсессивно-компульсивной симптоматики, враждебности и высокий показатель социальной дезадаптации.

Для практической реализации задачи по оценке эффективности дифференцированной программы коррекции экспериментальная группа путем рандомизации была поделена на три для реализации двух различных программ психологической коррекции и одного курса лекций (плацебо) по 30 человек каждая. Критерии включения в группу психологической коррекции интернет-зависимости: наличие интернет-зависимости – общий балл от 65, соответствие объективных психометрических показателей субъективным переживаниям подростков, добровольное желание принять участие в коррекционной программе. Критерии невключения: наличие других зависимостей, психическая патология.

В группе 1 проводилась психокоррекционная программа №1 - с применением нейропсихологической коррекции (сенсомоторной), и включающая также развитие телесности, эмоциональной компетентности, коммуникативных навыков, навыков тайм-менеджмента. В группе 2 была реализована психокоррекционная программа №2 – дублирующая все блоки программы №1 кроме нейропсихологической коррекции. Группа 3 (контрольная) посещала психообразовательные лекции «Интернет-зависимость, признаки и способы профилактики».

При анализе различий показателей интернет-зависимости и социально-психологической адаптации отдельно для подростков, вошедших в кластер А и в кластер Б было выявлено, что для подростков с преобладанием нейропсихологических нарушений более эффективной оказалась программа №1. Все подростки из кластера А полностью прошли программу коррекции, не прерывали участие, были активны в работе, хотя и испытывали некоторые сложности в начале программы, связанные в первую очередь с появлением тревожности в группе. При этом подростки из кластера А, проходившие программу №2, чаще пропускали занятия, один испытуемый прекратил участие в коррекционных мероприятиях. Для подростков, вошедших в кластер Б обе программы коррекции оказались эффективны, они посещали все занятия, активно участвовали в работе группы.

СКРИНИНГ УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Д.А. Миночкин

ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», г. Москва

Ключевые слова: тревога, депрессия, туберкулез легких

Актуальность исследования. Широта распространения легочных форм туберкулеза, а также частота встречающихся при этом психических нарушений обуславливает актуальность изучения особенностей психического состояния инфицированных лиц. Тревожно - депрессивные психические расстройства с большой частотой выявляются у лиц, страдающих туберкулезом легких, создавая дополнительные трудности в лечении данного контингента пациентов. Данный спектр психических расстройств у пациентов с легочными формами туберкулеза отличается сложной курабельностью, что выдвигает задачи по разработке основных направлений психиатрической помощи данному контингенту больных с учетом их гендерных, социально – психологических характеристик и показателей качества жизни.

Цель исследования. Изучение уровня тревоги и депрессии у пациентов с туберкулезом легких в условиях фтизиатрического стационара.

Материалы и методы. Было проведено скрининговое тестирование 500 пациентов, проходящих стационарное лечение в ФГБНУ ЦНИИ туберкулеза.

В работе использовались Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. Было проведено скрининговое тестирование 500 пациентов, проходящих стационарное лечение в ФГБНУ ЦНИИ туберкулеза, из них 274 женщин и 226 мужчин. Средний возраст респондентов составлял – 40,606 (+/-13,75) Нормальные значения по обеим субшкалам HADS имели 258 пациентов (51,6% опрошенных). 242 респондента (49,4%) имели признаки тревоги и депрессии по шкале (HADS).

212 пациентов имели субклинические и клинические признаки тревоги (42,4%), средний возраст составлял 34,45 (+/-12,01) из них мужчин было 87 (41,04%), средний возраст 34,58 (+/- 12,78). Женщин – 125 (58,96%), средний возраст 34,36 (+/-11,45).

У 127 (25,4% от общего количества респондентов) пациентов были выявлены субклинические признаки тревоги по шкале (HADS). Средний возраст составил 35,77 (+/- 12,85), из них мужчин – 53 человека (41,73%), средний возраст 36,20 (+/- 13,98). Женщин – 74 человека (58,27%), средний возраст – 35,45 (+/-11,96).

У 85 человек (17% от общего количества опрошенных) были выявлены клинические признаки тревоги по шкале (HADS). Средний возраст составил 32,49 (+/-10,34), из них мужчин 34 человека (40%), средний возраст составил 32,05 (+/-10,12). Женщин – 51 человек (60%), средний возраст составил – 32,78 (+/- 10,48).

180 респондентов имели субклинические и клинические признаки депрессии (36%), средний возраст составил 35,81 (+/-12,18), из них мужчин – 67 (37,2%), средний возраст – 37,73 (+/-13,67). Женщин – 113 (62,78%), средний возраст – 34,67 (+/-11,05).

У 137 (27,4% от общего количества респондентов) пациентов были выявлены субклинические признаки депрессии по шкале (HADS). Средний возраст составил 36,02 (+/- 12,60), из них мужчин – 54 человека (39,41%), средний возраст 36,14 (+/- 13,88). Женщин – 83 человека (60,59%), средний возраст – 35,93 (+/-11,69).

У 43 человек (8,6% от общего количества опрошенных) были выявлены клинические признаки тревоги по шкале (HADS). Средний возраст составил 35,13 (+/-10,72), из них мужчин 13 человека (30,23%), средний возраст составил 44,30 (+/-10,42). Женщин – 30 человек (69,77%), средний возраст составил – 31,16 (+/- 8,09).

Выводы. У половины пациентов с туберкулезом легких в условиях фтизиатрического стационара были установлены расстройства тревожно–депрессивного спектра различной степени выраженности. Своевременные выявление и коррекция тревожно-депрессивных расстройств позволят наиболее полно компенсировать состояние пациентов страдающих туберкулезом легких. Полученные данные могут быть полезны для дальнейшего изучения, систематики тревожно-депрессивных психических расстройств, что позволит оптимизировать организацию психиатрической помощи данному контингенту больных.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Б.О. Мухторов, С.Б. Бабарахимова

Кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: подростки, личностные особенности, суицидальные тенденции

Введение. Актуальность исследования фактов аутоагрессивного поведения у детей и подростков обусловлена их распространённостью и трудностями диагностики, вероятностью трансформации несуицидального самоповреждающего поведения в истинные импульсивные суициды (Смирнов И.И., Бебчук М.А., 2017).

Цель исследования: изучить клинико-динамические особенности аутоагрессивных тенденций у подростков с учётом их личностных особенностей. Материал и методы исследования: обследовано 111 подростков в возрасте от 15 до 19 лет включительно, 78 мальчиков и 33 девочек (средний возраст 16,96+1,98 лет). Личностные особенности подростков определяли при помощи МДПО (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 2001г.). Для определения степени суицидального риска была использована «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска» (Posner K., Brent D., Lucas C., 2009).

Результаты и их обсуждения: у всех обследуемых подростков нозологические единицы были верифицированы согласно диагностическим критериям раздела /F43/ «Реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации» и диагностическим критериям разделов /F91-F92/ «Расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» (МКБ-10). В основную группу обследуемых вошли 61 подросток с суицидальными тенденциями депрессивного генеза, а в группу сравнения - 50 подростков без суицидальных тенденций. В основной группе подростков чаще наблюдались истероидный, эпилептоидный и циклоидный типы акцентуации характера, а в группе сравнения преимущественно установлены сензитивный, неустойчивый, психастенический и гипертимный типы акцентуации характера. Подростки с эпилептоидными чертами характера были склонны к формированию потенциально опасных суицидальных тенденций на фоне внезапного сильного аффекта. Суицидальные тенденции у подростков с истероидной акцентуацией характера отмечались демонстративно-шантажным и манипулятивным характером, но при стечении неблагоприятных обстоятельств представляли угрозу для жизни. У подростков с циклоидной акцентуацией характера интенсивность суицидальных тенденцией нарастала в субдепрессивной фазе, в пребывании в одиночестве, на фоне сниженного психоэмоционального состояния в результате конфликтов с родителями и сверстниками. У подростков основной группы психометрическое тестирование

по Колумбийской шкале оценки тяжести суицидального риска проводилось в период выхода пациентов из критического состояния на фоне стабилизации психоэмоционального статуса. При оценке ответов на вопросы были получены следующие результаты: пассивные суицидальные мысли выявлены в 8,2% случаев, активные неспецифические мысли о самоубийстве в 13,1% случаев, актуальные суицидальные идеи, включая размышления о способе самоубийства – в 22,9% случаев, актуальные суицидальные идеи, включая некоторое намерение действовать при отсутствии конкретного плана – в 19,7% случаев, актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением – в 36,1% случаев наблюдения.

Нами было изучено распределение суицидальных идей в зависимости от личностных особенностей подростков. Актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением преимущественно наблюдаются у подростков с эпилептоидной и циклоидной акцентуациями характера в то время, как у истероидных акцентуантов в большей степени отмечаются пассивные суицидальные идеи и активные неспецифические мысли о самоубийстве. Корреляция тяжести суицидальных идей с преморбидными типологическими особенностями личности была статистически значимой и средней по силе (C= 0,43, p <001).

Выводы: таким образом, представители истероидного, эпилептоидного, циклоидного, лабильного и психастенического типов имеют быструю тенденцию перехода от суицидальных мыслей к реализации суицидальных действий, в отличие от подростков гипертимного, неустойчивого и сензитивного типов, у которых не регистрировались суицидальные попытки.

АЛКОГОЛЬ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

А.В. Надеждин, Е.А. Кошкина, Е.Ю. Тетенова, А.Е. Петухов, А.Ю. Колгашкин, М.С. Смирновская

ГБУЗ МНПЦ наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Ключевые слова: алкоголь, AUDIT, фосфатидилэтанол, неврология

Актуальность. Злоупотребление алкоголем является причиной патологических неврологических состояний, таких как полинейропатия (G62.1) и дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем (G31.1), а болезнь Альцгеймера и другие деменции (G30 – G31), эпилепсия (G40 – G41), ишемический инсульт (I63 – I67, I69.1) (Rehm et al., 2003a, 2009; Shield, 2014).

Цель исследования: оценить распространенность алкоголь-атрибутированных состояний, встречающихся в отделении общей неврологии многопрофильного ЛПУ с помощью скринингового теста AUDI-4 и определения прямого маркера употребления алкоголя – фосфатидилэтанола.

Материалы и методы исследования. Данная работа является частью норвежско-российского обсервационного, кросс-секционного исследования, проводимого Университетским госпиталем г. Осло и МНПЦ наркологии ДЗМ. Мы рассматриваем только российскую часть этого проекта, которая проводилось в ГБУЗ Городская клиническая больница №68 им. В.П. Демихова ДЗМ в отделении общей неврологии. В исследование включались все пациенты в возрасте ≥18 лет, госпитализированные по неотложным показаниям за исключением тех, кто отказался или был неспособен, в силу тяжести состояния, дать информированное добровольное согласие на проведение исследования.

Заполнялись несколько анкет, в том числе, скрининговый тест AUDIT-4 об употреблении алкоголя. Взятые у пациентов образцы крови исследовались, в том числе на фосфатидилэтанол (PEth), в химико-токсикологической лаборатории МНПЦ наркологии. PEth представляется наиболее объективным и точным методом диагностики злоупотребления алкоголем и мониторинга стабильности ремиссии. Концентрации PEth ≥ 0,3 μM/l были определены как положительные и свидетельствующие о чрезмерном употребление алкоголя.

Результаты. Группа пациентов, вошедшая в исследование, составила 718 человек. На основании клинического диагноза больные были разделены на 7 диагностических групп: «иная патология» (пациенты с диагнозами не неврологического профиля); «другая неврологическая патология»; «эпизодические и пароксизмальные расстройства»; «поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений»; «полинейропатии и другие поражения периферической нервной системы»; «цереброваскулярные болезни»; «дорсопатии».

Гендерное распределение: 51,5% женщин и 48,5% мужчин. Больше всего пациентов было в возрастных группах 41-60 лет – 36,0% и 18-40 лет – 29,7%, меньше всего в возрастной группе ≥ 71 год – 15,1%.

Результаты теста AUDIT-4, характеризующие употребление алкоголя: 31,8 % пациентов, сообщили, что они не употребляли алкоголь в течение последних 12 месяцев, не набрав ни одного балла. Употребляли алкоголь с вредными последствиями 25,5% пациентов (cut-off AUDIT-4 ≥5 балла для женщин и ≥7 баллов для мужчин). Показатели Peth в периферической крови 0,3 мкмоля/л и более были у 24,5 % пациентов неврологического отделения. При госпитализации 15,9 % пациентов признали факт употребления алкоголя в течение суток, предшествующих госпитализации.

Наибольшие количество лиц злоупотребляющих алкоголем (PEth ≥ 0,3 μM/l) было среди пациентов диагностической группы «полинейропатии и другие поражения периферической нервной системы» - 78,2%, затем среди больных группы «эпизодические и пароксизмальные расстройства» – 47,6% и группы «цереброваскулярные болезни» – 21,7%. В группах «иная патология», «другая неврологическая патология»; «поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений»; «дорсопатии» процент лиц, злоупотребляющих алкоголем, составил – 7,4%; 4,7%; 2,3%, 7,8% соответственно.

Выводы. Среди госпитализированных больных в отделение неврологии около 25% злоупотребляют алкоголь с вредными последствиями на основании оценки теста AUDIT-4 и прямого маркера употребления алкоголя фосфатидилэтанола (Peth). Среди больных с полинейропатиями и пароксизмальными расстройствами было самое большое количество лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, что делает их главной «мишенью» для проведения антиалкогольных интервенций и оправдывает повышенную настороженность врача в отношении выявления наркологических проблем у этих больных. Скрининговый тест AUDIT-4 является простым и информативным инструментом для выявления лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ НА ПРОЦЕСС МОРФОГЕНЕЗА

Е.А. Нейфельд

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО МГМСУ им А.И. Евдокимова, г. Москва

Ключевые слова: полиморфизмы, шизофрения, гены, ассоциированные заболевания, психиатрия

Патогенез многих психических заболеваний до сих пор остается неясным, причем существующие литературные данные указывают на то, что наследственность является одним из важных факторов их развития, а материальная основа многих психических заболеваний закладывается уже в процессе формирования мозга в ходе эмбриогенеза. Данный процесс требует слаженной работы множества генов, кодирующих, как белки, так и регуляторные/некодирующие РНК. Крайне важным этапом формирования мозга является правильная миграция нейронов из центров нейрогенеза в кору мозга с последующим установлением межнейронных связей, а нарушение этого процесса лежит в основе развития многих психических, неврологических и когнитивных нарушений.

Обобщающие работы последних лет по близнецовым исследованиям показывают, что конкордантность МЗ близнецов по шизофрении составляет около 50%, тогда как для дизиготных (ДЗ) близнецов она более, чем в три раза ниже (около 15%). Данные, полученные для 12 пар разлученных близнецов, показали 58% конкордантность. Коэффициент наследуемости шизофрении составляет 60-70% [2] 2. Mental disorders and genetics: bridging the gap between research and society // U.S. Congress, Office of Technology Assesment. - Washington, DC: U.S. Government Printing Office. – 2004.

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.

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, ассоциирует их с развитием различных заболеваний, определяет генетическую предрасположенность к многим заболеваниям, а в ряде случаев позволяет проводить пренатальную диагностику эмбрионов, когда по анализу крови матери определяется структура ДНК. В настоящее время психические и когнитивные расстройства (шизофрения, эндогенная депрессия, аутизм и пр.) рассматриваются, как мультифакторные заболевания с полигенным механизмом наследования, в основе которых лежат, как социальные, так и генетические факторы (Masaki Nishioka, 2012; Dan Bai, 2020, 10. 1016/j. biopsych.2020.03.013; Shadrina M., 2018, 10.3389/fpsyt.2018.00334).

Краткая характеристика ближайших аналогов.

Данные последних лет указывают на то, что часто наследственные формы психических и когнитивных расстройств ассоциированы с нарушениями в генах, ответственными за процессы миграции, выживания и навигации нервных клеток, таким образом, некоторые формы когнитивных нарушений могут быть заложены еще в ходе формирования и созревания мозга (морфогенная теория предрасположенности к психическим заболеваниям). Особенно любопытным является тот факт, что нарушение функции отдельных генов (навигационные рецепторы и их лиганды, PLAUR, CDH13 и др.) может приводить к развитию целого комплекса серьезных психических патологий (аутизм, эпилепсия, шизофрения, биполярное аффективное расстройство, эндогенная депрессия, диспраксия и микрогирия и др.), что подразумевает наличие общего “генетического” звена в развитии этих патологий, и указывает на принципиальную важность этих генов в развитии мозга. Несмотря на это, механизм такого множественного влияния отдельных генов непонятен. Полученные данные подтверждают критически важную роль навигационных молекул и молекул адгезии в процессах развития мозга и поддержании его стабильности, а нарушение функции этих молекул приводит к развитию психических и когнитивных нарушений.

О РАБОТЕ ИНФЕКЦИОННОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ГБУЗ МО ПБ №5 В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

А.Е. Новицкий[1], А.В. Масякин[2]

[1] ГБУЗ МО «ПБ № 5», г. Хотьково
[2] ГБУЗ МО «Центральная клиническая психиатрическая больница им. Ф.А. Усольцева», г. Москва

В ГБУЗ МО ПБ №5 в связи с эпидемиологической обстановкой в период с 22.05.2020 года по 05.03.2022 года согласно приказов МЗ МО, с целью оказания медицинской помощи в стационарных условиях пациентам с психическими расстройствами и лёгким течением заболевания COVID-19, было проведено перепрофилирование части коечного фонда больницы для организации инфекционного отделения. Для обобщения полученного опыта запланировано исследование организационных и клинических аспектов психиатрической помощи в условиях чрезвычайной эпидемиологической ситуации.

Цель этого исследования – комплексное изучение клинических и социально-демографических особенностей контингента психически больных с COVID-19, нуждающихся в неотложной госпитализации и разработка клинико-эпидемиологические подходов к организации специализированной стационарной помощи в условиях пандемии. Настоящее сообщение представляет собой фрагмент исследования, в ходе которого решались следующие задачи:

- описание структурно-функциональных особенностей отделения для оказания психиатрической помощи больных с COVID-19;
- дескриптивный анализ контингента пациентов, получавших психиатрическую помощь в данном отделении.

Анализ первичных данных осуществлен с использованием методов дескриптивной статистики. В качестве первичного научного материала использованы сведения о 751 случаях госпитализации пациентов с психическими расстройствами. Особенностью данного контингента больных являлось то, что все они нуждались в неотложной психиатрической помощи.

Отделение располагалось в одноэтажном отдельно стоящем корпусе. Здание было оборудовано в соответствие с требованиями, предъявляемыми как психиатрическим, так и инфекционным стационарам. Отделение было разделено системой шлюзов на карантинную и «чистую» зоны. Чистая зона была приспособлена для переодевания в средства индивидуальной защиты (СИЗ), для хранения запасов СИЗ и дезинфицирующих средств и выписки выздоровевших пациентов. В карантинной зоне находились две секции, женская и мужская, в каждой из которых по 3 палаты для пациентов, санитарно-гигиенические, процедурные и служебные помещения. В межсекционной части располагались административно-хозяйственные помещения, в том числе, приемно-смотровой кабинет для приема поступающих пациентов.

Для диагностики COVID-19 у всех пациентов в отделении брался мазок для выявления РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР. Также у всех

пациентов проводились необходимые параклинические исследования.

За период функционирования отделения число госпитализаций мужчин (54,9%) немного преобладало над числом случаев госпитализаций женщин (45,1%). Средний возраст пациентов составил 53,4±1,7 года. Причем, этот показатель у госпитализированных мужчин (48,6±2,1 года) был достоверно (p<0,01) ниже, чем у пациентов – женщин (59,2±2,4). Следует отметить, что в возрастной группе «60+» доля женщин (52,8%) была существенно больше (p<0,01), чем доля мужчин (23,7%).

Более половины случаев за весь период наблюдения составили пациенты с психическими и поведенческими расстройствами шизофренического спектра (51,9%). Несколько меньшим числом была представлена группа пациентов с экзогенно-органической психической патологией (40,9%). Кроме того, в 4,8% случаев были госпитализированы пациенты с умственной отсталостью, в 2,3% случаев – с аффективными расстройствами и в 0,3% случаев – с расстройствами, связанных со стрессом.

В группе пациентов – мужчин относительно чаще регистрировались психические расстройства экзогенно-органического происхождения (48,4%), чем у пациентов – женщин (31,7%) (p<0,05). В то же время, доля женщин у которых были диагностированы расстройства шизофренического спектра (62,2%) значимо (p<0,01) превышали долю данной психопатологии, выявленную в группе мужчин (43,4%). Распределение долей иных упомянутых психических расстройств у пациентов мужчин и женщин было примерно одинаковым.

НЕОБХОДИМОСТЬ ТРАНСДСЦИПЛИНАРНОГО ДИСКУРСА (ПОДХОДА) В СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Г.Н. Носачев, И.Г. Носачев

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Ключевые слова: психиатрия, предмет, судебная психиатрия, кризис, трансдисциплинарность

Психиатрия – своеобразная медицинская наука: она смежная, междисциплинарная, многоосевая по МКБ-10, функциональная, мультисистемная А.П. Коцюбинскому; многослойная по Ю.С. Савенко. Она включает в себя естественнонаучную и гуманитарную (преимущественно психологическую) парадигмы. Разделы психиатрии в разной пропорции включают в себя эти парадигмы в сочетании с другими науками (в нашем случае – с правом). Казалось бы, при таком понимании психиатрии как медицинской клинической науки ясно, что судебная психиатрия – ее раздел, а не отдельная наука (Ткаченко А.А., 2017), хотя можно допустить, что это метанаука. Предметом этой науки (то, что наука изучает своим методом) остаются расстройства психической деятельности у личности (обвиняемого, свидетеля, потерпевшего, истца, ответчика). Но если в клинической и в судебной психиатрии основные понятия бóльшей частью совпадают, то присоединение правовых составляющих создает «терминологический хаос» (Крылов В.И., 2013).

Дискуссия по предмету судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ), состоявшаяся в журнале «Психическое здоровье», была полезной, но не совсем конструктивной за счет расхождения понятий у юристов и психиатров. Одним из необходимых признаков любой науки, особенно ее междисциплинарных разделов, является некоторое единство терминологии. Говоря о единстве, мы имеем в виду, что и в

рамках одной науки её представители (исследователи) от разных направлений имеют не всегда совпадающие взгляды на определение того или иного её термина.

Взять, например, проблему определения такого правового явления, как злоупотребление правом, в отношении которого специалисты в течение десятилетий не могут прийти к единому мнению (Семенов В.М., 2019).

Если говорить о психиатрии, то нельзя не согласиться с В.И. Крыловым, в том, что «возможность различной интерпретации ключевых психопатологических понятий дает основание говорить о существовании «терминологического хаоса», порождающего систематические ошибки при оценке психического состояния», т.е. при диагностике психических и поведенческих расстройств в уголовном и гражданском процессах.

Более того, порой возникают ситуации, когда явление существует, а его официально установленное определение отсутствует. Яркий пример этого – использование термина «беспомощное состояние» малолетнего потерпевшего в психиатрии, психологии и юриспруденции. А в суде этот термин звучит просто нелепо.

Что же говорить о «терминологическом хаосе», который может возникать в случае взаимодействия не просто представителей различных школ внутри одной науки, а представителей различных наук.

Например, взаимодействие (в любой комбинации) эксперта-психиатра, следователя, адвоката, прокурора, судьи при назначении, проведении и интерпретации результатов судебно-психиатрической экспертизы.

По мнению М.С. Гусельцевой, решение проблемы взаимодействия различных дисциплин (наук) можно найти в более широком переходе к трансдисциплинарности.

По мнению М.С. Гусельцевой, (2018) «речь здесь идет о возможности представить трансдисциплинарный подход на разных уровнях методологии науки – конкретно-научном и общенаучном. В этом смысле трансдисциплинарность понимается как стратегия анализа сложных и динамических феноменов, предполагающая сознательное, вариантное, ситуативно обусловленное использование методологических оптик различных дисциплин. Трансцисциплинарное состояние современной науки характеризуется тем, что каждая дисциплина рассматривается одновременно как суверенная и открытая система; в антиномиях традиции и инновации; изменения в ней совершаются посредством заимствования опыта смежных дисциплин при сохранении собственной научной идентичности».

«Ратуем за такую методологию научного познания, которая, опираясь на достижения суб- и метанаук, достигает этических высот» (В.А. Канке).

ПСИХИАТРИЯ И АДДИКТОЛОГИЯ: САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ НАУКИ(?) МЕТОДОЛОГИЯ

Г.Н. Носачев, И.Г. Носачев, Е.А. Дубицкая

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара
Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова, г. Самара

Ключевые слова: психиатрия, аддиктология, наркология, методология, разделы, предмет

Первое двадцатилетие XXI века характеризуется нарастающей пассионарностью человечества, увеличением продолжительности жизни и числа пожилых лиц, доминированием США, глобализацией и постглобализацией мира, информационным и потребительским обществом, либерализмом, толерантностью к диктату меньшинства большинству, фанатизмом и т.д. Характеризуется оно и преобладанием философии постмодернизма и прагматизма, политики полуправды и лжи, которые не могут не включать в себя психиатрию, как междисциплинарную (смежную) медицинскую, наиболее аксиологическую науку. Все эти вызовы стали требовать «подстроить» психиатрию под указанные ценности, политизировать, дискриминировать, стигматизировать её, «растворить» в других нейронауках и даже «ликвидировать».

Вот неполный перечень антипсихиатрических взглядов врачей: «Психиатрия или неврология?» (Макушкин Е.В., Осколкова С.Н., Фастовцов Г.А., 2017), «…граница между неврологией и психиатрией зачастую носит условный характер и едва ли нуждаются в точной демаркации» (Сиволап Ю.П., Дамулин И.В., Воскресенская О.Н., 2017) «аддиктология (аддиктивная медицина)» (Менделевич В.Д., 2007), «ментальная медицина» (Сидоров П.И., Новикова И.А., 2014), «психиатрия отечественных традиций» (российская) – «психиатрия научных фактов» (западная)» (Сиволап Ю.П., Портнова А.А., 2020). и др. Отечественная психиатрия с трудом признаёт наличие кризиса и поэтому практически избегает его оценки: каков этот кризис – теоретический, практический, вне нас, внутри нас?

Определиться в терминах «психиатрия» и «аддиктология» можно только с опорой на философию и методологию науки. По В.А. Канке (2008), наука – постижение и обустройство мира человеком посредством теорий, элементарных концептов, понятий (с.154). Самостоятельность науке придает предмет науки, то есть то, что она единственная изучает, и метод исследования. Предмет психиатрии – патология (расстройство, болезнь, дисфункция, аномалия, дефект) психической функции (деятельности) головного мозга у личности, а, следовательно, и его дисфункция (поражение, аномальное развитие, болезнь) на генетическом, физико-морфологическом, биохимическом, нейрофизиологическом и других биологических и психопатологических, (пато-) психологических уровнях у человека (индивида, субъекта, личности) в микро- и макросоциуме. Но некоторые самостоятельные науки (дисциплины), такие как генетика, неврология и другие, имеют свой предмет и методы исследования. Психиатрия имеет и свой метод исследования – клинико-психопатологический, он не может быть подменен клинико-психологическим, в частности, патопсихологическим, нейропсихологическим, хотя они дополняют клинико-психопатологический. Как самостоятельная междисциплинарная наука, стремящаяся к трансдисциплинарности, психиатрия имеет многочисленные разделы, которые не отменяют ее предмет. Таким разделом психиатрии является и наркология.

Аддиктология не имеет своего предмета и метода исследования, в лучшем случае она – раздел наркологии. В первом «Руководстве по аддиктологии» (2007) ни редактор, но авторы глав не определяют предмет аддиктологии, тем более – отличный от психиатрии. Не будем анализировать причину появления термина «аддиктология» на Западе. Как не будем стесняться и отстаивать «психиатрию отечественных традиций» (российскую) и обдуманно внедрять «психиатрию научных фактов» (западную) (Ю.П. Сиволап, А.А. Портнова, 2020). В качестве дополнительного «факта» укажем, что в МКБ-10 и МКБ-11 наш раздел называется: «Психические и поведенческие расстройства». Но есть еще одна проблема – психофизическая и как биологический домен, и как целостный биопсихосоциальный (биопсихосоциальнодуховный) подход, чтобы понять границы нашего «знания о незнании» – методологической позиции несводимости психических феноменов к физиологическим и патофизиологическим.

ТОЧНАЯ ДИАГНОСТИКА ШИЗОФРЕНИИ

С.А. Овсянников

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва

Шизофрения – прогрессирующее (прогредиентное) эндогенное психическое заболевание, характеризующееся утратой единства психических функций, особыми нарушениями мышления с наличием аутизма, резонёрства, символизма, «блокады мыслей» и др., обеднением и угасанием адекватных эмоциональных реакций («неподвижность эмоций» по Э. Блёйлеру) и нарастающим ослаблением спонтанной активности, достигающим на конечных стадиях выраженной абулии.

История развития клинической психиатрии в классических трудах (Б. Морель (1860), Э. Крепелин, (1896), Э. Блёйлер (1911) и др.) дает возможность выделить основные (облигатные, точные) и дополнительные (факультативные) симптомы болезни. Основные симптомы (являются обязательными для точной диагностики шизофрении, так как присутствуют всегда в случае этого заболевания) включают в себя:

1. Расстройства мышления (блокировка мыслей (или «шперрунг»), наплывы мыслей, пересекающиеся мысли, «растаскивание мыслей», их соскальзывание, аутистическое мышление (аутизм) с преобладанием аффективного мышления над логическим, включающий в себя и амбивалентность, «агглютинация» мышления и др.).

2. Расстройства эмоциональной сферы, которые Э. Блёйлер обозначил термином «Steiffe affektivitat», или неподвижность эмоций. В клинике подобная патология проявляется утратой тонких эмоций, симпатии, сочувствия, сострадания. В более выраженной форме это проявляется в виде эмоционального притупления, неадекватности, парадоксальности или полного отсутствия всяких эмоциональных реакций.

3. Снижение психической активности. Этот признак шизофрении более чётко отметил ещё Э. Крепелин, а в дальнейшем Й. Берце (1914) специально подчеркнул значение этого симптома, обозначенного им термином «первичная недостаточность психической активности», «гипофрения». Это очень важно, в частности, для дифференциальной диагностики с шизоидной и другими видами психопатий.

Дополнительные симптомы (факультативные) не являются патогномоничными для этого заболевания и включают в себя весь спектр продуктивных расстройств (неврозоподобных, психопатоподобных, паранойяльных, галлюцинаторных, бредовых и др.).

Э. Блёйлер включил в группу шизофрений «латентные» её формы, что в дальнейшем

привело к неоправданному расширению границ этого заболевания и выделению так называемых «мягких» форм (А. Кронфельд) или вялотекущих, малопрогредиентных форм (Д.С. Озерецковский и др.). Но ни в работах Э. Блёйлера, ни в работах самого А.В. Снежневского нет клинических примеров и описаний подобного рода случаев.

Вопрос о неоправданно расширительной диагностике шизофрении является чрезвычайно актуальным до настоящего времени, т.к. диагноз «малопрогредиентная шизофрения» ставится достаточно часто и не всегда является достоверным в силу отсутствия основных симптомов, описанных ранее, которые и являются обязательными для точной диагностики.

Список литературы:

1. Fernelius Ambiani. Universa Medicina. – Ultraecti, 1656. – V. I – P. 66-69.

2. Esquirol J.E.D. Des malades mentales. – Paris, 1838. – P.50.

3. Morel B.A Traite des malades mentales. - Paris, 1860. – P.257.

4. Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях: критико-клинический этюд. – Изд. Е.Кандинской. СПб. , 1890, 152 с.

5. Корсаков С.С. Курс психиатрии. Том I. – М., 1901, с. 522.

6. Kraepelin E. Psychiatrie. – V Aufl. – Leipzig : A. Barth, 1896.

7. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. – Leipzig–Wien, 1911.

8. Mayer-Gross W., Slater E. A., Roth M. Clinical Psychiatry. – London, 1954.

9. Gruhle H. Цит. по Bumke O. Lehrbuch der Geisteskrankheiten. T.IX – Berlin, 1929.

10. Berze J. Die primare insuffizienz psychiatrischen Aktivitat. – B., 1914.

ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ДОМЕНОВ НА ВЕРОЯТНОСТЬ ДОСТИЖЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТВЕТА ПРИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ДЕПРЕССИИ

А.В. Овчинников

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Ключевые слова: депрессия, фармакотерапия, предикторы ответа на терапию, личность

Введение. По современным представлениям поиск предикторов ответа на антидепрессивную терапию которых может иметь ключевое значение для повышения эффективности курсового лечения и согласуется с представлениями о современной персонализированной медицине.

Материалы и методы. Изученную выборку составили 61 пациент (27 мужчин и 34 женщины). Средний возраст больных – 30,2 года (SE=1,12; SD=8,7), от 18 до 48 лет. Выраженность депрессии у пациентов определялась как лёгкая или умеренная (медиана баллов MADRS – 26; квартильный размах – 8). В исследование вошли пациенты, находившиеся на амбулаторном лечении с первичным (F32.0 - F32.2 по МКБ-10) или рекуррентным (F33.0 - F33.2) депрессивным эпизодом без психотических симптомов, не получавшие терапию на момент обследования. До начала лечения пациентами заполнялись опросник темперамента и характера Клонингера (Cloninger CR. 1994), 16-факторный опросник Кеттелла (Cattell RB. 1970) и Шкала Монтгомери-Асберга для оценки депрессии (MADRS) (Montgomery SA. 1979). В последующем

пациенты повторно оценивались с помощью MADRS на 14-й, 28-й и 56-й день терапии. В 51 случае (83,6%) в качестве АД использовался СИОЗС (сертралин, пароксетин, циталопрам, эсциталопрам, флуоксетин), в 6 (9,8%) – венлафаксин, дважды назначался кломипрамин (3,3%) и миртазапин (3,3%).

Для прогнозирования ответа на терапию на сроке одного и двух месяцев использовалась бинарная логистическая регрессия. Редукция 50% и более баллов на 28-й и 56-й день была выбрана в качестве зависимой дихотомической переменной (1-есть; 0-нет). Для определения прогнозируемой величины для каждого пациента вычисляется вероятность, на основании которой присваивается одно из двух значений бинарной переменной «есть ответ» и «нет ответа». В качестве второй переменной ответа использовалось отсутствие даже частичного ответа на терапию(редукция MADRS < 25%).

Результаты исследования. При проведении корреляционного анализа было установлено, что пациенты, ответившие на терапию антидепрессантами на 8 неделе лечения характеризовались низкими значениями фактора Q2 «Конформизм-нонконформизм (r=-,400 p=,0003; FDRp=,025), а пациенты даже частично не ответившие на терапию (редукция <25% баллов MADRS) на 4 неделе лечения, напротив, характеризовались высокими значениями фактора Q2 (r= ,392; p=,0001; FDRp=,017) и низкими значениями фактора C «Эмоциональная нестабильность–эмоциональная стабильность» из опросника Кеттела (r= -,302 p=,004; FDRp =,046). Ответ на терапию на 8 неделе лечения чаще встречался у пациентов, склонных к эмпатии, состраданию и помощи окружающим (т.е. высоким уровнем сотрудничества) (r= ,382 p=,001; FDRp=,038).

Отсутствие даже частичного ответа на терапию на 4 неделе лечения лучше всего объяснялось сочетанием факторов «Конформизм-нонконформизм» (Q2) и «Эмоциональная нестабильность-эмоциональная стабильность» (C) из опросника Кеттела. Другими словами, на терапию чаще не отвечали люди, характеризующиеся сочетанием самостоятельности, независимости, ориентации на собственные решения (т.е. высоким значениями фактора Q2) и импульсивностью, раздражительностью, эмоциональной возбудимостью (т.е. низким уровнем эмоциональной стабильности).

Для прогнозирования ответа на терапию на 8 неделе лечения наиболее значимым оказалось сочетание фактора «Конформизм-нонконформизм» (Q2) и редукция баллов MADRS за первые 14 дней лечения. То есть терапевтический респонс чаще наблюдался у пациентов, склонных к социабельности, следованию за общественным мнением, стремлению работать и принимать решения вместе с другими людьми и при этом демонстрировавших уменьшение тяжести депрессии уже в первые две недели после начала лечения.

Выводы. Было предложено две модели для прогнозирования эффективности фармакотерапии депрессии на 4 и 8 неделе лечения. Высокий уровень сотрудничества, измеряемый опросником Клонингера а также факторы Q2 и C, измеряемые опросником Кеттелла, могут рассматриваться как потенциальные предикторы эффективности фармакотерапии депрессии.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДИСМОРФОФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Е.В. Оконишникова

Кафедра психиатрии и медицинской психологии РУДН, г. Москва

Ключевые слова: депрессия, фармакотерапия, предикторы ответа на терапию, личность

Дисморфофобия – патологическое недовольство, связанное с мнимым или преувеличенным незначительным дефектом собственной внешности или с идеей физической неполноценности. Дисморфофобические расстройства сопровождаются тяжёлым дистрессом, приводят к социальному избеганию вплоть до социофобии, депрессии, связаны с суицидальным риском, который возрастает при коморбидности с другими психическими заболеваниями и особенно с нервной анорексией и нервной булимией.

Распространенность дисморфофобических расстройств среди населения составляет от 1,7 до 2,4%, достигает 4-5% среди школьников и в целом считается недооценённой и заниженной. Когнитивно-поведенческая терапия наиболее эффективна при дисморфофобических расстройствах, сочетает когнитивные и поведенческие стратегии, направленные на социальное избегание, компульсивное поведение и ритуализированные действия, используется как в индивидуальном, так и в групповом формате и приводит к стабильно хорошим результатам.

КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ДЕБЮТА БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА II ТИПА

Н.Н. Осипова, Л.М. Барденштейн

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Диагностика ранних проявлений биполярного аффективного расстройства II типа (БАР II) в подростковом и юношеском возрасте представляет существенные трудности в связи с гетерогенностью, синдромальной незавершенностью и атипичностью клинической картины. Сложности объективного и субъективного распознавания гипоманиакальных эпизодов при БАР II приводят к задержкам своевременного обращения за психиатрической помощью [J. Angst. et al., 2020; R.M. Post, 2018).

Целью настоящего исследования было изучение клинических проявлений дебюта БАР II типа.

Материал и методы: в исследовании приняли участие 55 пациентов дневного стационара психоневрологического диспансера с подтвержденным диагнозом «Биполярное аффективное расстройство II типа» в соответствии с критериями МКБ-10 (F31.8 - Другие биполярные расстройства). Средний возраст 19,1 лет (min 17,0; max 21,0). Всеми пациентами подписано информированное добровольное согласие. В исследовании использованы клинико-психопатологический метод, психометрический метод (Диагностический опросник по биполярному расстройству (Hypomania Checklist (HCL-32) [J. Angst et al., 2005; С.Н. Мосолов 2014]. Статистическая обработка данных включала методы описательной статистики. Построение доверительного интервала 95% ДИ проводилось по формуле для долей и частот методом Вальда. Статистическая значимость признавалась при вероятности > 95% ($p<0,05$). Статистический анализ выполнен в Microsoft Excel 16.

Результаты и обсуждение. Изучение анамнестических сведений выявило отягощенную по психическим заболеваниям наследственность у 30,9% (n=17) пациентов. У 41,8% больных (n=23) в дошкольном возрасте выявлена тревожность, чувствительность, застенчивость. 38,2 % (n = 21) исследуемых характеризовались родителями как активные и коммуникабельные. У 20% (n=11) респондентов отмечалась замкнутость, необщительность.

На инициальных этапах до момента обращения за психиатрической помощью у большинства респондентов выявлялись симптомы аффективного регистра (перепады настроения, раздражительность, непродолжительные расстройства сна, неуверенность, повышенная утомляемость), которые возникали эпизодически и, в большинстве случаев, имели психогенную провокацию (нагрузки при обучении, межличностные конфликты) и в 36,5% случаев приводили к нарушениям привычной деятельности (пропуски учебных занятий), конфликтам в семье и школе. Средний возраст появления инициальных аффективных симптомов составил 14,5+0,7 лет. Манифестация БАР II типа на момент обращения за психиатрической помощью у всех пациентов была представлена текущим депрессивным эпизодом легкой и умеренной степени тяжести. Были выделены клинические варианты дебюта БАР II типа: 1 вариант с преобладанием гипотимии с тревогой, нарушениями сна, головными болями, повышенной утомляемостью, раздражительностью, сужением круга общения и ограничением выполнения текущих обязанностей (44,5%); 2-й вариант с преобладанием перепадов настроения с раздражительностью, дисморфофобией, нарушениями пищевого поведения (28,5%); 3-й вариант с гиперсомнией, психомоторной заторможенностью, неуверенностью, нарушениями пищевого поведения, суицидальным поведением (18,8%); 4-й вариант с гипотимией, перепадами настроения, рискованным поведением, злоупотреблением ПАВ, самоповреждающим поведением (8,2%). Гипоманиакальные эпизоды выявлялись ретроспективно, пациенты с трудом оценивали их продолжительность, не считали их болезненными, но указывали на необычность состояния, которое сопровождалось субъективным ощущением подъема энергии. По результатам опросника HCL-32 средние значения по шкале гипомании превышали скрининговый порог >14 баллов и составили 21,4 балла (95%ДИ 19,0–23,9). Выявленная гетерогенность ранних симптомов БАР II требует детального рассмотрения типологических вариантов дебюта расстройства для расширения диагностических подходов и последующего клинико-динамического наблюдения.

АНАЛИЗ РИСУНКОВ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ КАК ОТРАЖЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

С.Н. Осколкова

ФГБУ «Национальныймедицинский научный центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», Москва

Ключевые слова: диагностика, когнитивные нарушения, шизофрения, анализ рисунков

Актуальность темы: дифференциальная диагностика в психиатрии всегда является актуальной проблемой. Введение новых классификаций, методов диагностики пока кардинально не изменило ситуацию, особенно разграничение шизофрении. В последние десятилетия все чаще в поведении констатируется существенная роль нейрокогнитивного дефицита (Proteau A., 2005; Vauth R., 2000; Пономарева НВ и соавт., 2007; 2007; Шмуклер АБ.,2020), описанного в 1999 г. A.Breier. Автор обозначил его как третью ключевую группу эндогенных симптомов наряду с позитивными и негативными расстройствами. Имеются данные, что до 94 % больных шизофренией обнаруживают такие расстройства. Также давно известно, что все отмеченные расстройства могут отражаться в творчестве больных шизофренией, в частности, в рисунках.

Целью работы было выявление основных когнитивных нарушений при шизофрении и их обоснование по рисункам.

В задачи входило установление связи особенностей рисунков с другими характеристиками больных - длительностью заболевания, основной симптоматикой, когнитивными нарушениями.

Объектами исследования были 37 больных шизофренией 18-50 лет, Критерием включения в исследование было рисование ранее (на профессиональном или любительском уровне) или желание рисовать в клинике. Описание клинических случаев и рисунки (спонтанные или на заданную тему) собирались на протяжении 30 лет. К моменту обследования у 18 больных длительность заболевания составляла 5-10 лет; у 12 -3-5 лет; у 7 – более 10 лет. Преобладал непрерывный тип течения шизофрении.

Методы обследования: анамнез, клиническое интервью, наблюдение, экспериментально-психологическое исследование, психометрические методы (в последние 12 лет), рисунки рассматривались как проективный метод Результаты. Рисунки больных шизофренией были разделены на 3 группы:

А. Отражающие мнестические искажения впечатлений разных лет (в том числе, до болезни – преувеличенные детские страхи, воспоминания, вызывающие страх); Б. отражающие нарушения оперативной памяти – (пример: предметы гонятся за человеком, но он их не видит; страх человека в окружении невидимых забытых вещей); Б. конфабуляции с нереальными устрашающими образами.

Б. Вторым частым когнитивным нарушением, отражавшимся в рисунках, являлось нарушение ассоциативной сферы - своеобразие и вычурность сочетания элементов предметов, частей тела людей (рыба с крыльями вместо плавников, люди двумя головами, хвостом и др. По некоторым рисункам можно было отметиттъ сходство с афазией C.Wernicke или констатировать выраженные нарушения эмоциональной сферы.

С. В ряде рисунков, преимущественно у лиц, давно болеющих шизофренией, при коморбидных сосудистых расстройствах, отмечалось снижение интеллектуальных способностей. Они были примитивны по замыслу и дизайну.

В большинстве рисунков (81,2%) можно было констатировать небольшие размеры (менее 1/3 листа, недифференцированные, непропорциональные части тела людей, животных). Рисунки, в отличие от здоровых людей, были смещены от центра. В некоторых рисунках части тела человека, животных были не дифференцированы, непропорциональны по размерам. Были изображения фантастических существ и соединение их частей с человеческими, стереотипность деталей.

В изученных рисунках явно просматривались аффективные нарушения (депрессия, в основном, тревожная), а также страх, аутизация, галлюцинаторно-бредовые переживания, нередко отражалась деперсонализация.

Среди когнитивных нарушений, исходя из рисунков, преобладала группа Б – 81,2%.

Обсуждение. Как показал многолетний анализ больных шизофренией и их рисунков, при трудностях вербализации, аутизме, когнитивных нарушениях возможность выражения переживаний в рисунке очень ценна. Облегчаются комплайенс и диагностика. Однако, для верификации диагноза с учетом фактора субъективности при оценке рисунков нужна и другая информация (данные психометрических тестов, клиническая динамика, катамнез).

Выводы. Рисунки больных шизофренией (спонтанные и по заданной теме) важный показатель когнитивных нарушений.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОВЛИЯНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Д.А. Полянский

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва
ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Ключевые слова: алкогольная зависимость, шизофрения, психические расстройства шизофренического спектра, коморбидность

Коморбидность алкогольной зависимости и расстройств шизофренического спектра представлена достаточно широкой распространенностью. Следует отметить ряд особенностей, характерных для пациентов с коморбидными заболеваниями, которые в результате отличают их от пациентов «только» с алкогольной зависимостью [Ежкова Е.В., Винникова М.А., 2018]. По данным различных авторов пристрастие к алкоголю обнаруживают от 10 до 60 % пациентов, страдающих шизофренией и психическими расстройствами шизофренического спектра [Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., 2019]. Однако диагностика заболевания у данной категории пациентов достаточно трудна. Пациенты с коморбидной патологией отличаются низкой приверженностью к терапии, криминогенностью, более высоким суицидальным риском, низким уровнем социального функционирования и высокой частотой госпитализаций в психиатрические или наркологические стационары [Archibald L, Brunette MF, Wallin DJ, Green AI., 2019].

Влияние шизофрении на клинические проявления алкогольной зависимости имеет свои особенности [Гофман А.Г., Понизовский П.А. 2018]. Большинство авторов говорит о своеобразии клинических проявлений и течения алкогольной зависимости у пациентов, страдающих коморбидной патологией.

Ряд наблюдений демонстрирует «стирание, сглаживание» патологического влечения к алкоголю, проявлений абстинентного синдрома на фоне шизофренического процесса. Это может объясняться наличием эмоциональной уплощенности, отсутствием выраженной аффективной заряженности, отчетливого поискового поведения, абстинентный синдром проявляется преимущественно вегетативной симптоматикой, без навязчивого стремления к принятию спиртного [Ежкова Е.В., Винникова М.А., 2018].

Структура синдрома отмены определяется преимущественно психопатологической симптоматикой с преобладанием аффективных нарушений и расстройств поведения, при этом вегетативная симптоматика практически не проявляется. Металкогольные психозы у пациентов, страдающих шизофренией, носят более затяжной характер и хуже поддаются терапии. Клиническая картина характеризуется преобладанием патологических формы опьянения, утяжеляется психопатоподобная и продуктивная симптоматики, представленная бредом и галлюцинациями на высоте опьянения. У данной категории пациентов уменьшается анксиолитический эффект алкоголя, они отмечают усиление тревоги, настороженности, подозрительности на высоте алкогольного опьянения.

В вопросе влияния шизофрении на прогрессирование алкогольной зависимости и нарастание характерных изменений личности существуют различные данные: от указаний на быструю алкогольную деградацию с ускоренным распадом личности до констатации спонтанных продолжительных ремиссий у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, сочетающейся с шизофренией. Лица с первичной алкогольной зависимостью прослеживают выраженные изменения личности по алкогольному типу [Булейко А.А., Солдаткин В.А., 2018].

Особенности клинических проявлений алкогольной зависимости в большей степени могут быть продиктованы феноменологическими особенностями сопутствующего эндогенного процессуального заболевания [Шлёмина И.В., 2009; Орлова М.А., 2012; Толмачева В.А., Костюк Г.П. 2021].

В литературе отсутствует единое описание особенностей клинической картины психических расстройств, возникающих при сочетании алкогольной зависимости и шизофрении. Данные исследований носят противоречивый характер, что требует определенной систематизации и новых подходов к изучению коморбидной патологии.

КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ СИНДРОМА МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ

Е.В. Пономарева[1], С.А. Крынский[2]

[1] ФГБ НУ «Научный Центр Психического Здоровья», г. Москва
[2] НИЦ «Курчатовский Институт», г. Москва

Ключевые слова: синдром мягкого когнитивного снижения амнестического типа, иммунологическое обследование

Введение. Неуклонно растущая частота болезни Альцгеймера (БА) и особая тяжесть ее медико-социальных последствий делает задачу выявления пациентов на додементном ее этапе одной из приоритетных. Лица с амнестическим вариантом синдрома мягкого когнитивного снижения (amnestic Mild Cognitive Impairment - aMCI) рассматриваются как группа высокого риска развития деменции, обусловленной БА. По современным представлениям, прогрессированию нейродегенерации при aMCI способствует длительная латентная активация механизмов системного воспаления в ЦНС (нейровоспаление).

Цель настоящего исследования: определение долгосрочного (трехлетнего) прогноза прогрессирования когнитивного дефицита у пожилых лиц с aMCI на основе анализа исходных клинико-иммунологических показателей.

Материалы и методы. Настоящее исследование основано на клинико-катамнестическом исследовании 252 пациентов с aMCI, наблюдавшихся на амбулаторно в ФГБНУ НЦПЗ с 2018 по 2020 гг. После подписания протокола добровольного информированного согласия участники исследования проходили общеклиническое обследование и оценку когнитивных функций с использованием батареи нейропсихологических тестов и шкал, кроме того у них проводился забор крови для иммунологического исследования.

Психометрический оценочный комплекс включал следующие шкалы и тесты: Мини-тест оценки когнитивных функций (MMSE – Mini-Mental State Examination) (Folstein M. et al., 1975); Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций (MoCA – Montreal Cognitive Assessment); Тест произвольного запоминания 10 слов (А.Р. Лурия, 1963); Бостонский тест называния (BNT – Boston naming test); субтест 6 Теста Векслера (David Wechsler's Scale, subtest 6); Тест рисования часов (CDT – Clock Drawing Test); Тест запоминания 5 геометрических фигур (Е.Д. Хомская, 2007); Тест Бентона (BVRT – Benton Visual Retention Test); субтест «звуковые» ассоциации и субтест «категориальные» ассоциации (DRS – Mattis Dementia Rating Scale: Verbal fluency); общая шкала Маттиса (DRS – Mattis Dementia Rating Scale), Тест Мюнстерберга (Munsterberg Test).

В рамках исследования у всех пациентов определяли уровень цитокинов (TNFα, IL-1, IL-6, IL-8, IL-10) в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ИФА), с использованием диагностических наборов производства ООО «Цитокин».

Заключение. Наличие признаков хронического низкоуровневого системного воспалительного ответа у пациентов с синдромом aMCI является критерием неблагоприятного прогноза: в течение трех лет у таких пациентов значимо прогрессирует когнитивный дефицит или развивается деменция, обусловленная БА.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ

К.Н. Поплевченков

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения Москвы», г. Москва

Ключевые слова: зависимость от психостимуляторов, генетический полиморфизм, мотивационная психотерапия, персонализированный реабилитационный профиль

Актуальность. В России количество пациентов с зависимостью от психостимуляторов увеличилось с 17776 тыс.чел. в 2018 г. до 18804 тыс.чел. в 2019 г.

Цель: разработка персонализированного подхода к реабилитации пациентов с зависимостью от психостимуляторов с учетом полиморфизма генов, контролирующих работу серотониновой системы и нейропластических процессов головного мозга.

Задача: изучить взаимосвязь полиморфизма в генах, контролирующих работу серотониновой системы и нейропластических процессов головного мозга (5-HTTLPR, HTR2A, HTR2C, BDNF), с эффективностью интенсивности мотивационной работы, направленной на прохождение пациентами стационарной и амбулаторной реабилитации и длительностью ремиссий.

Материалы и методы. 325 пациентов с диагнозом зависимости от психостимуляторов, определенным по критериям МКБ-10, подписавших информированное согласие.

Методы: клинико-психопатологический; молекулярно-генетический; анамнестические

сведения от больных и их родственников; данные катамнестического наблюдения; статистический.

Результаты. Первая группа: 74 человека 24,2%, употребляющих только психостимуляторы. Вторая группа: 67 человек 22%, употребляющих психостимуляторы с каннабиноидами. Третья группа: 44 человека (14,4%), употребляющих психостимуляторы и опиоиды. Четвертая группа: 48 пациентов 15,7%, употребляющих психостимуляторы сочетано с алкоголем. Пятая группа: 45 пациентов 14,7%, употребляющих вместе с психостимуляторами несколько ПАВ и со сформированной зависимостью от нескольких ПАВ. Шестая группа: 47 пациентов с зависимостью от психостимуляторов и сопутствующей коморбидноцй патологией (генерализованное тревожное расстройство, шизотипическое расстройство, депрессивный эпизод).

Выводы. В результате комплексного анализа большого набора данных наследственной отягощенности, коморбидных расстройств, клинических и динамических параметров зависимости от психостимуляторов, сочетанного употребления ПАВ, результатов генотипирования и результатов лечения и реабилитации были выделены персонализированные реабилитационные профили пациентов.

Первый профиль: больные с низким уровнем наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями, не имеющие расстройства личности, зависимые только от психостимуляторов. У пациентов этого профиля определяются генотипы SL и SS гена SLC6A4 (rs3813034); генотипы GA и AA гена HTR2A (rs6311); генотипы G гена HTR2C (rs6318); генотипы GG гена BDNF (rs6265). В соответствии с этими данными у пациентов этого профиля эффективна стандартная мотивационная работа на прохождение как амбулаторной, так и стационарной реабилитации с целью достижения наиболее длительной ремиссии.

Второй профиль: больные с высокой наследственной отягощенностью наркологическими заболеваниями, имеющие расстройство личности. У пациентов, зависимых от психостимуляторов в сочетании с каннабиноидами, выявлен особый генотип LL гена SLC6A4 (rs3813034) и генотип GG гена BDNF (rs6265). А у пациентов, зависимых от психостимуляторов в сочетании с опиоидами, алкоголем и сразу несколько ПАВ, выявлены генотипы SL и SS гена SLC6A4 (rs3813034); генотип GG гена HTR2A; генотипы CG и C гена HTR2C (rs6318); генотипы GA и AA гена BDNF (rs6265). Оказалось, что в этом профиле после прохождения стационарной реабилитации, эффективна только усиленная психотерапевтическая работа для поддержания ремиссии на этапе амбулаторной реабилитации. Необходимы дополнительные сессии семейной, групповой и индивидуальной психотерапии.

Третий профиль: больные с высокой наследственной отягощенностью психическими заболеваниями, имеющие коморбидную патологию. Преобладают генотипы SL и SS гена SLC6A4 (rs3813034); генотип GG гена HTR2A (rs6311); генотипы CG и C гена HTR2C (rs6318); генотипы GA и AA гена BDNF (rs6265), у которых наиболее сложно поддержать ремиссию. Эффективна только усиленная мотивационная работа с привлечением семьи и прохождением реабилитации в стационарных условиях.

ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА УРОВЕНЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ВСЛЕДСТВИЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК

Г.А. Прокопович, А.Н. Гвоздецкий, А.Е. Добровольская, А.Г. Софронов

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Ключевые слова: COVID-19, психические расстройства, суицидальное поведение

Введение. Проблема суицидов в настоящее время имеет особое значение. Уровень самоубийств в нашей стране в 2018 году составил 21,4 чел. (Росстат) на 100 тыс. населения, что по определению ВОЗ является критическим (более 11 чел. на 100 тыс. населения). Согласно историческим данным уровень самоубийств в различных регионах мира возрастал на фоне эпидемий бубонной чумы, испанского гриппа 1918-1919, атипичной пневмонии (Китай, 2003 г.), распространения геморрагической лихорадки Эбола в Африке. Некоторыми авторами высказывалось предположение об увеличении суицидальной активности в период пандемии COVID-19. Обычно приводится статистика по завершённым случаям, тогда как учёт попыток самоубийства может оказаться не менее информативным при анализе суицидальной активности. Это особенно актуально среди лиц, страдающих психическими расстройствами из-за их социальной незащищённости.

Целью нашего исследования был анализ влияние пандемии COVID-19 на уровень госпитализации в психиатрический стационар пациентов с суицидальным поведением.

Материалы и методы. Сплошным методом изучались журналы поступлений пациентов, совершивших суицидальные действия, в психиатрический стационар. В анализ включалась первичная документация и данные первичных осмотров приемного отделения. Для сравнения уровня госпитализации в первый пандемийный год с предшествующими осуществлялось в рамках квазипуассоновской регрессии. Выбор модели был обусловлен счётной природой зависимой переменной (количество госпитализаций) и отсутствием жёстких требований к параметру дисперсии. В качестве независимых переменных выступили: пол, возраст, диагностическая рубрика. Дополнительно в модель были включены параметры, учитывающие возможную сезонность суицидальной активности (косинор-модель). Для устранения влияния разного количества дней в месяцах использован поправочный коэффициент. Коэффициенты модели трансформировались в показатель интенсивности госпитализации (incidence rate ratio) с вычислением 95% доверительного интервала [95% ДИ]. Коррекция p-значений осуществлялась поправкой Беньямини-Хохберга. Анализ выполнен на языке программирования R v4.1.2.

Результаты и обсуждение. В период с 2016 по 2020 годы общее число госпитализированных после попытки самоубийства равнялось 701 чел. (доля женщин – 51,1%). Средний возраст в анализируемой выборке составил 36,5±19,0 лет. По сравнению с 2020 годом в 2016 и 2018 годах выявлена меньшая интенсивность госпитализации (0,49 [0,30; 0,81], p=0,009 и 0,51 [0,33; 0,79], p<0,004, соответственно). Интенсивность процесса в 2017 году превосходила 2020 год более чем в 1,5 раза, однако за счёт дисперсии различия статистически незначимы (1,56 [0,94; 2,59], p=0,091). 2019 год имел сопоставимые показатели с 2020 годом (0,93 [0,61; 1,44], p=0,753). Эффект сезонности был статистически незначим (p>0,05). Повышение уровня госпитализаций в первый пандемийный год по сравнению с предшествующими годами не зафиксировано, в течение пяти лет значительные колебания по численности госпитализированных отсутствуют. Результат не противоречит теоретическим представлениям. Однако необходимо дальнейшее наблюдение за данным процессом, так как всплеск суицидальной активности может

произойти через некоторое время (лаг) после возникновения кризисной ситуации, к которой привела пандемия.

Выводы. Суицидальные попытки у лиц, страдающих психическими расстройствами, в первый пандемийный год имели сопоставимую или меньшую частоту с предшествующими двумя годами (2017 и 2019 гг.). Необходим дальнейший мониторинг суицидальной активности.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

А.О. Просветов, Б.Д. Цыганков, С.Р. Рангус, Е.В. Кузнецов

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва

Депрессивное расстройство - одно из наиболее частых психических расстройств, выявляющееся в среднем у 40% пациентов с болезнью Паркинсона. (Барулин А.Е., Курушина О.В., Черноволенко Е.П., 2016). Развитие депрессии у пациентов с болезнью Паркинсона представляется серьезной проблемой, а лечение депрессивных состояний у таких пациентов является неотъемлемой частью терапии болезни Паркинсона.

Препаратами первой линии терапии депрессии у таких пациентов являются антидепрессанты, такие как сертралин, циталопрам и т.д., однако примерно у половины пациентов терапия антидепрессантами неэффективна. (Barone P., Antonini A., Colosimo C., et.al., 2009.).

В настоящее время в терапии депрессии применяется транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС), в основе которой лежит создание серии кратковременных магнитных импульсов высокой частоты, индуцирующих электрический ток в конкретных областях коры головного мозга. (Белова А.Н., Балдова С.Н. 2015.).

ТМС как метод лечения депрессии при болезни Паркинсона мало освещен в современных клинических исследованиях. На данный момент применение ТМС как метода лечения депрессии при болезни Паркинсона активно изучается во многих странах (Pal E, Nagy F, Aschermann Z, et al. «The impact of left prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation on depression in Parkinson's disease: a randomized, double-blind, placebo-controlled study», 2010), (Brys M, Fox MD, Agarwal S, et al. «Multifocal repetitive TMS for motor and mood symptoms of Parkinson disease», 2016 г.) и другие.

С 2020 года проводится лечение с применением ТМС в комплексном лечении депрессивного расстройства у пациентов с болезнью Паркинсона. Применяемый протокол: Intermittent Theta-burst (iTBS).

Цель исследования - повышение эффективности комплексной терапии депрессивных расстройств с применением ТМС у пациентов с болезнью Паркинсона.

В программу лечения включены пациенты с зарегистрированной ранее первичной болезнью Паркинсона, манифестировавшую в возрасте от 40 лет, имеющие жалобы на сниженное настроение, тревогу. В группе контроля пациенты получают медикаментозное лечение антидепрессантами из группы СИОЗС без ТМС. В ходе исследования применяются клинико-психопатологический, клинико-динамический методы с использованием психометрических шкал, позволяющие оценить динамику клинических проявлений.

Предварительные данные получены на выборке 34 человека. Пациенты были оценены по шкалам BDI и BAI на первичном приеме, через 10 дней после начала лечения и через 1 месяц. Через 10 дней – показатели основной группы умеренно улучшились по сравнению с изначальным состоянием, группа контроля имела минимальные улучшения по обеим шкалам. Через 1 месяц – показатели основной группы значительно улучшились по сравнению с изначальным состоянием. 47% пациентов через 1 месяц по шкале BDI набрали менее 9 баллов, что соответствует отсутствию депрессивных симптомов. В контрольной группе за этот же период только 5.8% пациентов набрали менее 9 баллов по шкале BDI.

В основной и контрольной группах на фоне лечения статистически значимо снизились показатели депрессии по BDI ($p<0,01$ в обеих группах). Это демонстрирует, что лечение депрессии у пациентов с болезнью Паркинсона эффективно как с помощью СИОЗС, так и с помощью комплексной терапии ТМС и СИОЗС.

В основной группе лечение было статистически значимо более эффективно, чем в контрольной группе ($p<0,05$).

По шкале BAI показатели, при сравнении двух групп пациентов, не продемонстрировали статистически значимой разницы в снижении выраженности симптомов тревоги ($p > 0,05$). Продолжается набор пациентов в обе группы и сбор данных по динамике клинического состояния пациентов до 6 месяцев от начала терапии в обеих группах.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Т.В. Пьянзова[1], Ю.Т. Джангильдин[2]

[1] ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Кемерово
[2] ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Большое число исследователей отводят важную роль связи эффективности лечения с психологическими особенностями больных туберкулезом, а также с развившимися психическими расстройствами, которые могут усугубляться под действием противотуберкулезных препаратов.

Обнаружено, что показатели депрессии и тревоги высоки у больных туберкулезом по сравнению с общей популяцией. Так же, высок риск суицидального поведения: 9 % больных туберкулезом имели суицидальные идеи в течение года, а 3,1% - историю попыток самоубийства.

Целью настоящего исследования явилось выявление факторов, связанных с течением туберкулезного процесса и коморбидностью, влияющих на возникновение тревожных и депрессивных расстройств у больных туберкулезом и оценка их влиянияна исход курса химиотерапии.

Материал и методы. В исследование включены 165 больных туберкулезом, находящихся на стационарном лечении в легочно-терапевтических отделениях Кемеровского областного клинического фтизиопульмонологического медицинского центра. Критерием включения были следующие: наличие туберкулеза легких, пребывание пациента в круглосуточном стационаре, согласие пациента на проведение анкетирования. Критерием исключения явился выраженный когнитивный дефицит при наличии тяжелой сопутствующей патологии или поражения центральной нервной системы (ЦНС), а также отказ пациента от участия в исследовании. Средний возраст пациентов составил 36,5 лет. Мужчин было 108 чел. (65,4%),

женщин – 57 чел. (34,5%). ВИЧ-инфекция установлена в 69 случаях (41,8%), хронический вирусный гепатит «С» - у 56 чел. (32,7%). Среди клинических форм преобладала инфильтративная - в 78 случаях (47,2%), диссеминированная и милиарная формы имели место у 33 пациентов (20%), фиброзно-кавернозная – у 41 чел. (24,8%), по 5 чел. (3%) были с диагностированными туберкулемами и казеозной пневмонией, единичными случаями явились очаговая (2 чел.) и цирротическая (1 чел.) формы туберкулеза. Для решения поставленных задач проведено разделение больных на группы по срокам выявления и группе диспансерного учета (ГДУ); по наличию или отсутствию хронических неинфекционных заболеваний (НИЗ) и мультиморбидности. Отсутствовали хронические НИЗ у 74 пациентов (44,8%), имелись хронические НИЗ 91 чел. (55,2%), в т.ч. у 35 чел. (21,2%) диагностировано 2 и более нозологии. Хроническое течение туберкулезного процесса (II ГДУ) имело место у 44 пациентов (26,6%), в остальных случаях пациенты взяты на диспансерный учет по поводу активного туберкулеза впервые или с рецидивом процесса (I ГДУ) – 121 чел (73,4%). Синдром зависимости от алкоголя диагностирован у 57 пациентов (34,5%), зависимость от наркотических веществ имела место в 61 случае (40,0%).

Уровень тревоги и депрессии оценивали, применяя госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), содержащую две подшкалы: A (тревога) и D (депрессия) (Zigmond A.S. и Snaith R.P. в 1983 г.). Суммарный показатель по каждой подшкале трактовался следующим образом: менее 7 баллов - норма; 8-10 баллов - субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 баллов и выше - клинически выраженная тревога/депрессия.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью программы IBM SPSS Advanced Statistics компании IBM Corp. (США). При создании первичной базы данных использовался редактор электронных таблиц Microsoft Office Excel 2003. Качественные признаки представлены абсолютными и относительными частотами, выраженными в процентах с рассчитанными для них 95% доверительными интервалами по методу Уилсона (отн. % [95%ДИ]). При сравнении групп исследования: для категориальных переменных использовали хи-квадрат ($\chi 2$) Пирсона (с поправкой Йейтса при наличии наблюдаемых частот ≤ 10).

Выводы:

1. Распространенность госпитальной тревоги среди пациентов фтизиатрического стационара составила 37,6%, клинически значимые тревожные расстройства имели место в 24,2% случаев, преимущественно среди пациентов без зависимости от ПАВ (ОШ=2,6) и с мультиморбидностью НИЗ (ОШ=3,5).

2. Депрессивные расстройства выявлены у 40% больных туберкулезом, находящихся на стационарном лечении, клинически значимые депрессивные нарушения имелись у 25,4%. Факторами риска развития госпитальной депрессии явились наличие мультиморбидности НИЗ (ОШ=3,5) и хроническое течение туберкулезного процесса (ОШ=10,8).

3. При хроническом течении туберкулеза у пациентов в 79,5% выявляются депрессивные нарушения, в том числе клинически значимые – 50%, что обуславливает необходимость включения в комплекс лечебных мероприятий, проводимых с пациентами II группы диспансерного учета и медико-психологических мер коррекции.

4. Наличие депрессивных нарушений у пациентов в процессе проведения химиотерапии является факторам риска неэффективного исхода лечения (ОШ=6,1), что является обоснованием необходимости медико-психологических мер коррекции при лечении больных с впервые выявленным туберкулезом и его рецидиве.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

С.Р. Рангус, Б.Д. Цыганков, А.О. Просветов

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

В последнее время депрессивное расстройство стало одним из самых распространённых заболеваний в мире, от которого страдает более 264 миллиона человек (Evans-Lacko S., Aguilar-Gaxiola S., et.al. 2018). По разным клиническим данным, тиманалептическая терапия имеет лимит и лишь 70% больных отвечают на терапию.

Окало 30% не отвечают на лечение одним антидепрессантом, назначенным в адекватной дозе в течение периода, достаточного для получения терапевтического эффекта. (Коуэн П.Дж., 1998). Такие состояния классифицируются как терапевтически резистентная депрессия (ТРД). У половины таких пациентов может быть благоприятный ответ на другой антидепрессант, остальные же нуждаются в альтернативных методах терапии.

К одному из таких методов относится транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС). Это не инвазивный метод стимуляции мозга, способный оказывать влияние на активность нейронов. Стимуляция осуществляется в проекции левой дорсолатеральной префронтальной коры (DLPFC) за счет серии кратковременных магнитных импульсов, индуцирующих электрический ток, который генерируется специальной катушкой, приложенной к голове.

С 2020 года проводится комплексное лечение пациентов с ТРД при помощи ТМС. Применяемый протокол: Intermittent Theta-burst stimulation (iTBS).

Цель исследования - повышение эффективности комплексной терапии ТРД с применением ТМС.

В программу лечения включены пациенты, которые ранее прошли адекватный курс антидепрессивной терапии, и не достигли редукции депрессивной симптоматике свыше 50% от изначальной. В группе контроля пациенты получают медикаментозное лечение антидепрессантами без использования ТМС. В ходе исследования применяются клинико-психопатологический, клинико-динамический методы с использованием психометрических шкал, позволяющие оценить динамику клинических проявлений.

Предварительные данные получены на выборке в 38 человек. Пациенты были оценены по шкалам BDI, BAI на первичном приеме, через 14 дней после начала лечения и спустя 1 месяц. Через 14 дней показатели основной группы умеренно улучшились по сравнению с изначальным состоянием, так же как и группа контроля. Через 1 месяц – показатели основной группы значительно улучшились по сравнению с изначальным состоянием. 36% пациентов через 1 месяц по шкале BDI набрали менее 9 баллов, что соответствует отсутствию депрессивных симптомов. В контрольной группе за этот же период только 9% пациентов набрали менее 9 баллов по шкале BDI.

В основной и контрольной группах на фоне лечения статистически значимо снизились показатели депрессии по BDI ($p<0,05$ в обеих группах). Это демонстрирует, что лечение депрессии у пациентов с ТРД эффективно как при помощи медикаментозной терапии, так и при комплексной терапии при помощи ТМС.

В основной группе лечение было статистически значимо более эффективно, чем в контрольной группе ($p<0,05$).

По шкале BAI показатели, при сравнении двух групп пациентов, не продемонстрировали статистически значимой разницы в снижении выраженности симптомов тревоги ($p>0,05$). Продолжается набор пациентов в обе группы и сбор данных по динамике клинического состояния пациентов до 6 месяцев от начала терапии в обеих группах.

ПРОТЕОМНЫЙ ПРОФИЛЬ СЫВОРОТКИ КРОВИ БОЛЬНЫХ ПРОСТОЙ И ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Л.П. Смирнова, Е.М. Дмитриева, А.А. Серегин, А.В. Семке, С.А. Иванова

Лаборатория молекулярной генетики и биохимии, Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, г. Томск

Ключевые слова: протеомика, шизофрения, сыворотка крови

Работа поддержана грантом РНФ №18-15-00053-П

Актуальность. Основным препятствием в разработке новых тактик лечения шизофрении является отсутствие в диагностических критериях сведений об этиологии и патогенезе психических расстройств. Включение панелей биомаркеров в дифференциальную диагностику психических расстройств обеспечит объективность постановки диагноза.

Цель исследования: проведение сравнительного протеомного анализа сыворотки крови больных простой и параноидной шизофренией, направленного на выявление специфичных белков для каждой формы.

Задачи:

1. Провести сравнение протеомных профилей сыворотки крови больных параноидной и простой шизофренией.
2. Установить основные классы белков и основные биологические процессы для каждой изучаемой формы.
3. Провести количественную оценку уровней потенциальных белковых маркеров для простой и параноидной шизофрении.

Материалы и методы. У пациентов кровь брали до назначения лекарственной терапии. Для обогащения низкокопийных белков проводили аффинную хроматографию на хроматографической колонке Multiple Affinity Removal Column Human-14. Полученные образцы разделяли с помощью электрофореза по методу Laemmli. Образы подвергали протеолитическому расщеплению трипсином в геле. После экстракции пептидов из геля, супернатант отбирали в отдельные образцы. Эти образцы пептидов анализировали с использованием ВЭЖХ Agilent 1100 и квадрупольного масс-спектрометра Orbitrap Q-exactive. Анализ белок-белковых взаимодействий и идентификация задействованных биологических путей проводилась с использованием базы данных STRING. Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программы Statistica 12.0.

Результаты и обсуждение. В результате масс-спектрометричии и идентификации белков в базе данных UniProt во всех исследуемых группах было идентифицировано суммарно 4353 белка. Между группами выявлены достоверные отличия высокого уровня значимости.

С помощью программы PANTHER были определены основные функциональные классы белков для каждого исследуемого расстройства. Для больных параноидной шизофренией характерны основные классы белков, отвечающие за процессы трансляции и транскрипции (около 200 белков); для группы простой шизофрении – белки рецепторного аппарата, внеклеточного матрикса и везикулярного транспорта (около 100 белков).

У больных параноидной шизофренией основная часть белков задействована в процессах биосинтеза, клеточного транспорта и в формировании клеточной структуры. Среди наиболее интересных специфичных белков для параноидной шизофрении следует отметить Kinesin-like protein KIF17, который транспортирует везикулы, белок Ras-related protein Rab-10, который обеспечивает аксональный транспорт, и белки, участвующие в росте нейритов и нейронов.

Основные белки, характеризующие больных простой шизофренией относится к белкам, регулирующим основные метаболические и транспортные процессы в клетке. В отличие от группы параноидной шизофрении, в которой преобладают процессы анаболизма, белки больных простой шизофренией участвуют основном в процессах катаболизма. Активно протекающими процессами, как при простой, так и при параноидной шизофрении, оказались процессы внутриклеточного транспорта и распределения органел, рост и развитие нейронов. Однако для группы простой шизофрении большая часть транспортных белков опосредует передачу сигнальных молекул между клетками, рецепторную передачу и ее регуляцию. Наиболее интересными из них являются белки регулирующие работу глутаматных рецепторов, к примеру, Voltage-dependent calcium channel gamma-2 subunit, регулирующего AMPA рецептор или субъединицы потенциал-зависимого кальциевого канала и кальций-связывающий белок участвующий в высвобождении нейромедиатора - Calcium-dependent secretion activator 2. Ещё одним белком потенциальным для простой шизофрении является 12-й белок, содержащий анкириновые повторы, предполагаемой функцией которого, является участие в регуляции гистоновых деацетилаз.

Выводы. Показаны достоверные отличия в протеомном спектре больных простой и параноидной шизофренией, которые лягут в основу панелей дифференциальной диагностики психических расстройств.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С COVID-19 В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

А.Г. Софронов, А.Е. Добровольская, А.Н. Гвоздецкий, Г.А. Прокопович

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Ключевые слова: психиатрическая помощь, COVID-19, горячая линия

В апреле 2020 г. в многопрофильные стационары Санкт-Петербурга стали поступать больные с психическими расстройствами и COVID-19. Начались вспышки COVID-19 в ПНИ и заносы инфекции в психиатрические стационары. 30.04.2020 Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга выносится распоряжение о перепрофилировании отделений СПб ГКУЗ ГПБ №3 им. И.И. Скворцова-Степанова (ГПБ№3) под оказание помощи больным с психическими расстройствами и COVID-19. В течение мая в ГПБ№3 развертываются 270 коек под больных с COVID-19. Была определена специализация коек ГПБ№3: пневмонии средней тяжести (в больнице нет компьютерной томографии, есть отделение реанимации и интенсивной терапии с 7 аппаратами искусственной вентиляции легких, специалисты реаниматологи, терапевты, инфекционисты, хирурги и пр.). Все специалисты и персонал были подготовлены по образовательным модулям Минздрава России. В апреле 2020 г. была перестроена работа ПНД. До 65% обратившихся за амбулаторной психиатрической помощью пациентов стали получать помощь на дому. Были усилены мощности «телефонов доверия» кризисной службы и созданы новые «горячие линии». Подготовлены клинические рекомендации по диагностике и лечению психических расстройств у больных с COVID-19. Началось дистанционное консультирование психиатрами специалистов перепрофилированных многопрофильных стационаров. В связи с дефицитом коек для «чистых» больных был изменен профиль СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №7 им. И.П. Павлова» и СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница» (ГНБ). ГНБ усиливается квалифицированными психиатрами-консультантами. Выносится распоряжение о развертывании 250 коек, перепрофилированных под

COVID-19 с легким течением, в СПб ГБУЗ ГПБ №1 им. П.П. Кащенко (ГПБ №1). С целью предупреждения заноса инфекции в психиатрические больницы ГПБ№3 начинает принимать все случаи психических расстройств с признаками ОРВИ как подозрение на COVID-19. В ГПБ №3 создается система приемно-карантинных, провизорных инфекционных отделений. Была отработана маршрутизация больных с тяжелым течением. В июне 2020 в ГПБ №1 одновременно находилось в среднем 280 больных с легким и бессимптомным течением инфекционного заболевания.

В середине июня 2020 г. в ГПБ №3 состояло 527 больных с ОРВИ и пневмониями, из них с установленным COVID-19 – 343 человека. До конца 2020 г. сохранялся дефицит «чистых» коек в связи с закрытием больниц на прием больных из-за карантинных ограничений, а также в связи с нахождением в больницах большого числа пациентов из ПНИ. В 2021 и 2022 году количество коек развернутых под больных с COVID-19 оперативно менялось в связи с текущей эпидемиологической ситуацией. Всего за период с мая 2020 года по апрель 2022 в ГПБ №3 было пролечено 7640 больных с психическими расстройствами и COVID-19. Совершенствование медицинской помощи больным с психическими расстройствами включало: сосредоточение усилий амбулаторного звена на мерах по максимально возможному предупреждению поступления больных в психиатрические стационары; четкое соблюдение маршрутизации больных с психическими расстройствами и COVID-19 относительно критериев тяжести инфекционного заболевания; выполнение компьютерной томографии легких, путем транспортировки больных ГПБ №3 в многопрофильный стационар; дистанционное и очное консультирования больных с психическими расстройствами и COVID-19 в многопрофильных стационарах; организация «горячих» телефонных линий для обратной связи с родственниками больных и консультирования граждан с психогенными реакциями.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАНССЕКСУАЛИЗМОМ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Е.А. Старостина

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Нарушения гендерной идентичности в последнее время являются одной из самых обсуждаемых тем в современной психиатрии и сексологии. Неоднозначность понимания этого феномена, разнообразие клинических вариантов, изменения в классификации данных расстройств, создают поле для дискуссий в профессиональных медицинских сообществах. К сожалению, в настоящее время отсутствуют объективные методы диагностики транссексуализма (гендерного несоответствия), поэтому постановка диагноза в большей степени основывается на клинико-психопатологическом анализе данных. В этой связи представляется важным проведение дифференциальной диагностики транссексуализма со сходными состояниями в рамках других психических заболеваний, в частности при расстройствах шизофренического спектра.

Цель исследования: проведение сравнительного анализа клинико-психопатологических и психосексуальных особенностей нарушений гендерной идентичности при транссексуализме и расстройствах шизофренического спектра.

Материалы и методы. Выборку составили 100 человек, обратившихся на амбулаторный прием в отделение сексологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» с запросом на перемену пола, которые в зависимости от диагноза были разделены на две группы. В первой группе было 58 человек с расстройствами шизофренического спектра с диагнозами: шизофрения параноидная (F 20.0), шизотипическое расстройство (F 21), хронические бредовые расстройства (F 22). Среди них было 22 женщины и 36 мужчин, средний возраст на момент обращения - 25,5±10,0 лет. Вторую группу составило 42 человека с диагнозом транссексуализм (F 64.0), из них - 26 женщин и 16 мужчин, средний возраст на момент обращения был 26,2±6,6 лет. В работе использовались клинико-психопатологический и клинико-сексологический методы. Статистическая обработка данных была выполнена в программе IBM SPSS Statistics 25 с использованием методов описательной статистики, U-критерия Манна-Уитни, таблиц сопряженности и критерия x2.

Результаты. Преобладающим вариантом шизофренического процесса в группе пациентов с расстройствами шизофренического спектра было шизотипическое расстройство (45 чел.). Средний возраст «осознания» гендерного несоответствия в первой группе составил 14,4±5 лет. До манифестации шизофрении у 58,6% пациентов отмечались признаки нарушений гендерной идентичности в виде элементов трансролевого поведения в детстве (кросс-дрессинг, особенности игровой деятельности) или непонимания различий в половых ролях. Формирование установок на смену пола обычно происходило на фоне депрессивного аффекта с деперсонализационно-дисморфофобической симптоматикой в виде неопределенного ощущения телесного дискомфорта, появления сомнений в своей гендерной идентичности, неприятия своего внешнего вида, не ограничивающегося половыми признаками. 12 человек первой группы (20,7%) имели опыт жизни в желаемом гендере, средняя продолжительность которого составляла 3,8±3,1 лет.

Неприятие к своему телесному облику у пациентов второй группы было связано именно с половыми признаками, что отличало синдром половой дисфории от дисморфофобии, которая часто имело место у пациентов с шизофренией. Трансролевое поведение наблюдалось у 95,2% обследуемых с транссексуализмом. Средний возраст осознания гендерного несоответствия у пациентов второй группы был ниже, чем в первой группе и составлял 8,5±3,3 лет (p<0,001). Опыт жизни в желаемом гендере имели 36 пациентов с транссексуализмом (85,7%), средняя длительность которого была 6,3±6,4 лет.

При анализе особенностей психосексуальной сферы пациентов обеих групп было выявлено, что задержки и дисгармонии психосексуального развития чаще встречались у пациентов с шизофренией (77,6%), по сравнению с обследуемыми с транссексуализмом (21,4%) (p<0,001). Об удовлетворенности своей сексуальной жизнью сообщило 27,6% обследуемых с шизофренией и 45,2% пациентов с транссексуализмом.

Выводы. В ходе данного исследования было выявлено, что у пациентов с шизофренией осознание гендерного несоответствия приходится, как правило, на более поздний возрастной период, по сравнению с обследуемыми с транссексуализмом. У пациентов с расстройствами шизофренического спектра часто выявляются признаки нарушений гендерной идентичности до манифестации шизофрении. Однако установки на смену пола у них формируются преимущественно на фоне депрессивного аффекта и сопряжены с деперсонализационно-дисморфофобической симптоматикой. Следует отметить частую встречаемость дисгармонии в психосексуальном развитии у пациентов с шизофренией. При проведении дифференциальной диагностики транссексуализма и нарушений гендерной идентичности при шизофрении следует учитывать такие параметры, как наличие признаков нарушений гендерной идентичности в детском возрасте; возраст осознания гендерного несоответствия; наличие опыта жизни в желаемом гендере и его продолжительность; наличие дисморфофобических переживаний, не связанных с половыми признаками.

ДИНАМИКА СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

А.А. Степанов

Гомельский областной наркологический диспансер, г. Гомель, Республика Беларусь

Ключевые слова: алкогольная зависимость, совладающее поведение, копинг-стратегии, динамика, медицинская реабилитация

Актуальность. Аддикты – это люди, которые часто не справляются с трудными жизненными ситуаци¬ями, и имеющиеся у них механизмы совладания недостаточны для эффективного преодоления трудностей. При проблемах зави¬симых форм поведения очень важным является изучение стратегий совладающего поведения у пациентов для последующей коррекции и обучения навыкам более адаптив¬ных стратегий. В большинстве работ исследователи определяют преобладание тех или иных копинг-стратегий, однако изменение преобладания копинг-стратегий с течением времени под влиянием внешних факторов, например, процесса лечения, остается малоизученной темой.

Цель: изучение динамики совладающего поведения пациентов с алкогольной зависимостью (далее – пациенты с АЗ) в процессе 28-дневной медицинской реабилитации в условиях наркологического стационара.

Задачи: определить преобладающие копинг-стратегии у пациентов с АЗ в начале курса реабилитации, определить преобладающие копинг-стратегии у той же группе пациентов с АЗ в конце курса реабилитации, определить динамику копинг-стратегий у пациентов с АЗ в процессе реабилитации.

Материалы и методы. Было обследовано 147 пациентов с АЗ, завершивших 28-дневный курс стационарного лечения в отделении медицинской реабилитации учреждения «Гомельский областной наркологический диспансер» в 2019-2022 годах. Испытуемые были продиагностированы по методике «Опросник о способах копинга» (Lasarus R.S., Folkman S., адаптация Л.П. Вассермана) на 2-й и 28-й дни курса лечения. Статистическая обработка проводилась посредством программы Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждение. Преобладающими копинг-стратегиями в начале курса лечения в данной группе испытуемых были «принятие ответственности» (80,1), «самоконтроль» (68,1) и «планирование решения проблемы» (65,4). Преобладающими копинг-стратегиями в конце курса лечения в той же группе испытуемых были «планирование решения проблемы» (73,1), «принятие ответственности» (69,5), «поиск социальной поддержки» (67,2).

Выявлена следующая динамика копинг-стратегий пациентов с АЗ в процессе лечения: «конфронтация» – снижение с 52,9 до 51,0; «дистанцирование» – снижение с 53,0 до 51,9; «самоконтроль» – снижение с 68,1 до 64,3; «поиск социальной поддержки» – повышение с 57,7 до 67,2; «принятие ответственности» – снижение с 80,1 до 69,5; «бегство-избегание» – снижение с 59,4 до 53,9; «планирование решения проблемы» – повышение с 65,4 до 73,1; «положительная переоценка» – повышение с 53,3 до 60,6.

Выводы. В начале курса реабилитации преобладающими копинг-стратегиями для пациентов с АЗ оказались «планирование решения проблемы» (может быть связано с принятием решения пройти курс лечения), «самоконтроль» (может быть связано с убеждением в необходимости «держать себя в руках») и «принятие ответственности» (может быть связано с самообвинением). В конце курса лечения как преобладающие копинг-стратегии были определены «планирование решения проблемы» (может быть связано с планированием своих дальнейших действий по выздоровлению), «принятие ответственности» (может быть связано с сохраняющимся самообвинением, хотя и в меньшей степени) и «поиск социальной поддержки» (может быть связано с появившимся убеждением в необходимости социальной поддержки для сохранения трезвости). В процессе лечения у испытуемых произошло снижение преобладания копинг-стратегий, которые можно считать неадаптивными для пациентов с АЗ: «конфронтация», «дистанцирование», «самоконтроль», «принятие ответственности» (наиболее значимое снижение), «бегство-избегание». Произошло повышение преобладания копинг-стратегий, которые можно считать адаптивными для пациентов с АЗ: «поиск социальной поддержки» (наиболее значимое повышение), «планирование решения проблемы», «положительная переоценка».

Выявленные закономерности необходимо учитывать при проведении коррекции и обучения навыкам более адаптив¬ных стратегий в процессе медицинской реабилитации пациентов с АЗ.

ПСИХОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ И АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

И.В. Степанова, Г.Р. Иванова

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: изучение влияния психогенных факторов на развитие агрессивного поведения у больных с сосудистыми поражениями головного мозга.

Материалы и методы: исследованы 49 пациентов с мультиинфарктной деменцией, из них 31 мужчина (63,3 %) и 18 женщин (36,7%). Средний возраст составил 72,8±8 лет. У 17 пациентов (34,7%) когнитивные нарушения достигали легкой степени деменции, у 23 (46,9%) - умеренной степени, у 9 (18,4%) - тяжелой степени. В соответствии с классификацией агрессии А. Басса выделялись вербальная агрессия, физическая агрессия и раздражительность, подтвержденные данными нейропсихиатрического опросника NPI (Cumming J.L. 1994).

Применялись клинико-анамнестический и клинико-психопатологический методы. С помощью психометрического опросника Mini Mental State Examination (Folstein M. et. al., 1975) оценивалось глобальное когнитивное функционирование, рейтинговая шкала деменции The Clinical dementia rating (Morris J.C., 1993) использовалась для оценки тяжести деменции. Для оценки психотических расстройств применялась оценочная шкала нейропсихиатрического инвентаря NPI (Cumming J.L. 1994). Критерии отбора: 20 и менее баллов по шкале MMSE (Folstein M. et. al., 1975); от 1 и более баллов по шкале CDR (Morris J.C., 1993); от 1 и более баллов выраженность агрессивного поведения по опроснику NPI (Cumming J.L. 1994).

Результаты. Основными психогенными факторами, отмеченными при клиническом обследовании и во время бесед с родственниками, явились: непонимание родственников при обращении к ним пациентов, небрежное осуществление ухода, нарушение привычного режима дня, беспомощность из-за заболевания, негативное отношение ухаживающих лиц к пациентам.

У 17 пациентов (65,4%) наблюдалась вербальная агрессия в виде нецензурной брани и оскорблений, возникающих в связи с непониманием ухаживающими лицами обращений к ним с различными просьбами бытового характера (p=0,046). У 27 пациентов (96,4%) наблюдалась физическая агрессия с замахиванием рукой и

сопротивлением при осуществлении повседневного ухода (p<0,001). В 78,6% случаев (у 22 пациентов) физическая агрессия возникала при нарушении привычного режима дня (p=0,001). Раздражительность наблюдалась у 13 человек (72,2% случаев), в виде ворчания, нетерпимости на фоне столкновения с обстоятельствами, демонстрировавшими беспомощность пациента (p=0,009). Статистически значимая связь между проявлениями агрессии и негативным отношением ухаживающих лиц (обесценивание, пренебрежение, отвержение) к пациентам выявлена не была, однако данный фактор требует дальнейшего рассмотрения в качестве потенциально влияющего на эмоциональное состояние.

Выводы: среди рассмотренных видов агрессивного поведения пациенты с мультиинфарктной деменцией наиболее часто проявляют физическую агрессию при осуществлении ухода за ними, и при нарушении привычного режима. Вербальная агрессия статистически значимо чаще наблюдается при непонимании пациентов ухаживающими лицами, а раздражительность проявляется в связи с беспомощностью. Данные наблюдения могут быть использованы при разработке психотерапевтических и психообразовательных подходов, адресованных пациентам и ухаживающим лицам для облегчения взаимодействия между ними и повышения приверженности лечению.

ПРОБЛЕМА ИЗУЧЕНИЯ ЦИТОКИНОВОГО ДИСБАЛАНСА КАК НОВОГО БИОМАРКЕРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНТИПСИХОТИКАМ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

А.И. Стрельник[1], Д.А. Смирнова[1], Р.Ф. Насырова[2], Н.Г. Незнанов[2], Н.А. Шнайдер[2], М.С. Шейфер[3]

[1] ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Самара
[2] ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург
[3] Самарская областная клиническая психиатрическая больница, г. Самара

Ключевые слова: терапевтическая резистентность, антипсихотики, цитокиновый дисбаланс, шизофрения

Актуальность. Несмотря на разработку новых поколений антипсихотиков (АП), около 30% пациентов не реагируют на терапию. Существует несколько гипотез развития терапевтически резистентной шизофрении (ТРШ), среди которых воспалительная гипотеза имеет особый научный и клинический интерес. Основной механизм ТРШ может заключаться в дисбалансе провоспалительных и противовоспалительных цитокинов (цитокиновый статус).

Цель – обобщить данные, касающиеся роли дисбаланса между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами в развитии терапевтической резистентентности к антипсихотикам при шизофрении.

Задачи. Охарактеризовать закономерности выработки провоспалительных и противовоспалительных цитокинов при развитии терапевтической резистентентности к антипсихотикам. Установить патогенетическое и прогностическое значение цитокинового дисбаланса как нового биомаркера терапевтически резистентной шизофрении.

Материалы и методы. Поиск публикаций проводили в системах eLibrary, PubMed, Google scholar, Scopus, Web of Science до 2022 года.

Статьи идентифицировались с помощью заранее определенных алгоритмов поиска терминов, включались все типы статей.

Результаты и обсуждение. Высокие уровни провоспалительных цитокинов в сыворотке крови характерны для пациентов с первым эпизодом шизофрении, с рецидивом и ТРШ по сравнению с контрольной группой. Например, IL-1β, IL-6 и TGF-β были повышены при первом психотическом эпизоде и рецидиве, нормализовались после лечения АП (Goldsmith et al. 2016). Уровни IL-12, IFN-γ, TNF-α и sIL-2R оставались повышенными не только во время обострений, но и на фоне терапии АП (Miller et al. 2011). Имеются данные, что сывороточные уровни IL-2 и IL-6 были повышены у пациентов с ТРШ, что, вероятно, связано с активацией системы воспалительного ответа (Dziurkowska et al. 2005). Взаимодействия между цитокинами и нейротрансмиттерами в определенных областях мозга, а также во время развития мозга имеют значение механизмах развития ТРШ. Важную роль играют провоспалительный цитокин IL-1β, индуцирующий трансформацию мезэнцефальных клеток-предшественников крысы в дофаминергический фенотип, и IL-6, снижающий выживаемость серотонинергических нейронов в мозге плода (Jarskog et al. 1997). Хроническое нейровоспаление, поддерживаемое дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами, и персистирующее нарушение дофаминергической нейротрансмиссии возможно рассматривать как «синдром перекрытия» у пациентов с «дофаминовой» шизофренией. ОНВ генов цитокинов и цитокиновых рецепторов могут определять дисбаланс провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в нейровоспалительном ответе у пациентов с «недофаминой» и «дофаминовой» шизофренией.

Выводы. Вклад про- и противовоспалительных цитокинов в поддержание или изменение цитокинового баланса может стать ключом к пониманию ТРШ и разработке новых терапевтических стратегий. Противоречивые результаты исследований о роли про- и противовоспалительных цитокинов свидетельствует, что биомаркером ТРШ, вероятно, является не сывороточный уровень цитокинов, а цитокиновый дисбаланс.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВАМИ ШИЗОФРЕНИИ

А.Н. Султанова, С.Д. Ангилевко

Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Новосибирск

Ключевые слова: индивидуально-личностные особенности, шизофрения, рецидив, комплаентность

Предметом исследования являлись индивидуально-личностные особенности пациентов с рецидивами шизофрении, объектом исследования – индивидуально-личностные особенности. В исследовании применялись библиографический и статистический методы. Гипотеза исследования заключается в том, что существует значимая корреляционная связь между индивидуально-личностными особенностями и приверженностью к лечению у пациентов больных шизофренией. Исследование проводилось на базе государственной клинической психиатрической больницы №3 г. Новосибирска. Выборку составили 20 мужчин с диагнозами «простая шизофрения» (F20.6) и «параноидная шизофрения» (F20.0). На момент проведения исследования все респонденты находились в становлении ремиссии, соответствующем уровню данного вида исследования. Исследование проводилось

при получении информированного согласия респондентов. Дизайн включал психодиагностический компонент, с включением методик: «Мельбурнский опросник принятия решений», «Тревожность и депрессия», «Исследование уровня импульсивности», «Тест приверженности к лечению» Мориски – Грина. В результате исследования была подтверждена поставленная гипотеза, индивидуально-личностные особенности пациентов имеют влияние на риск рецидива. В результате эмпирического исследования, гипотеза о наличии достоверной связи между индивидуально-личностными особенностями и приверженностью к лечению была подтверждена. На основании данных связей можно выдвинуть предположение о том, что у некомплаентных пациентов формируется порочный круг, заключающейся в избегании болезни путем игнорирования напоминающих о ней факторов, в том числе и лечения, что приводит к повышенному риску рецидива. Исходя из проведенного исследования, можно сделать вывод о том, что индивидуально-личностные особенности пациентов имеют влияние на риск рецидива. Таким образом, это подтверждает значимость проведенного исследования.

ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ ОФОРМЛЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПСИХОЛОГА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АМБУЛАТОРНЫХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ И КОМПЛЕКСНЫХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

Е.Ю. Сушкова

ГБУЗ ПКБ им. Н.А. Алексеева ДЗМ, г. Москва

Ключевые слова: комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, экспериментально-психологическое исследование, заключение психолога

По смыслу методических рекомендаций ФГБУ ГНЦССП им. В.П. Сербского (Руководство по написанию заключения экспериментально-психологического исследования подэкспертного при проведении однородных судебно-психиатрических и комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз, 2014), которые задают психологам-практикам стандарты проведения исследования и оформления результатов, заключение психолога должно быть озаглавлено как «Экспериментально-психологическое исследование». В случае проведения заочных или посмертных экспертиз, которые не предусматривают амбулаторное обследование подэкспертного, заключение психолога должно быть озаглавлено «Психологическое исследование». Отмечается, что в соответствии с требованиями УПК РФ (ст. 206), в обязательном порядке указываются использованные методы и методики, которые применялись в процессе исследования, а именно указанные в рекомендациях метод психологического анализа материалов уголовного/гражданского дела и медицинской документации, клиническая психологическая направленная беседа; наблюдение, в том числе и включенное; метод патопсихологического эксперимента.

При этом понятие «Экспериментально-психологическое исследование» в рамках указанных рекомендаций является более узким по отношению к понятию «Психологическое исследование», которое используется в том случае, если применение экспериментальных методов не предусмотрено. Что противоречит общенаучным положениям, так как понятие «эксперимент» является частным по отношению к понятию «психологическое исследование». Кроме того, первые три метода очевидно экспериментом не являются. По определению, «экспериментально-психологическое исследование - это метод, позволяющий выявить особенности психики путем применения специальных тестов или создания специальных контролируемых условий» (Жариков Н.М. Справочник по психиатрии. - М., 2014).

С общенаучной точки зрения, употребление термина «Экспериментально-психологическое исследование» в начале исследовательской части неоправданно сужает задачи медицинского психолога-судебного эксперта и снижает ценность итогового заключения комиссии экспертов как средства доказывания в суде.

Данное противоречие вводит в заблуждение не только участников судебных процессов других, не психологических специальностей, но и самих психологов-экспертов. На практике, исследовательскую часть своих заключений психологи-эксперты начинают не только со слов «при проведении экспериментально-психологического исследования», но также «психологического исследования», «психо- диагностического исследования», «патопсихологического обследования».

Таким образом, вопрос оформления исследовательской части медицинских психологов при проведении амбулаторных судебно-психиатрических и комплексных психолого-психиатрических экспертиз остается открытым, дискуссионным, требует скорейшего разрешения и устранения противоречий.

НЕПОДКОНТРОЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ КАК ФАКТОР, ИЗМЕНЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТНЫЕ УСТАНОВКИ У СТУДЕНТОВ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Е.В. Тагильцева, П.С. Аунбу, М.И. Бахтин, П.М. Карафинка

Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, Новосибирский государственный медицинский университет, г. Новосибирск

Ключевые слова: студенты, COVID-19, копинг-стратегии, стресс, пандемия, НГМУ, психологические защиты

Цель исследования. Сравнить особенности проявления поведенческих стратегий в период до введения пандемии и в настоящее время.

Задачи исследования. Выявить какие поведенческие стратегии и психологические защиты преобладают в настоящий момент, определить актуальное состояние и уровень воспринимаемого стресса. Сравнить полученные данные с результатами, полученными в 2019 году. Найти взаимосвязь уровня воспринимаего стресса, актуального состояния, психологических защит с изменениями в способах совладающего поведения.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Исследование включало 28 студентов 3-4 курсов за период обучения в 2019 года, средний возраст составил (20,93+2,45) лет, далее было проведено исследование в той же группе студентов, но уже 5-6 курсов за период обучение 2022 года, в возрасте от (23,18+2,51) лет. В исследовании применялись следующие методики: «Шкала воспринимаемого

стресса» Шелдона К., «Способы совладающего поведения» Лазаруса Р., «Диагностика типологий психологической защиты» Плучика Р., «Определение актуального состояния» Куликова Л.В.

Результаты исследования воспринимаемого стресса у студентов в 2019 году, показали, высокие значения по шкале «Перенапряжения» (15,75±3,92), что характерно для студентов еще неготовых к нагрузке учебным материалом и испытывающие, в связи с этим напряжение. Шкала «Противодействие стрессу» (11,5±2,20) не имеет высокие баллы, вероятно из-за того, что студенты еще не выработали свои способы противодействия стрессу. Следуя из этого, данные по шкале «Шкала воспринимаемого стресса» (27,25±4,26) повышены, что, в свою очередь, могло негативно сказываться на психическом здоровье студентов. В результате исследования у той же группы в 2022 году были обнаружены значительные изменения, выявлено повышение показателей перенапряжения (19,10±5,01), и повышение показателей (29,17±5,25) по воспринимаемому стрессу, а также было выявлено понижение показателей (10,07±2,49) по противодействию стресса, такие результат могут означать, что в связи с продолжительностью пандемии COVID-19 на протяжении двух лет, а также невозможностью студентов повлиять на сложившуюся ситуацию, студенты испытали проблемы в адаптации к новым условиям.

В результате исследования совладающего поведения в 2019 году, следует обозначить преобладание шкалы «Принятия ответственности» (70,23±15,28) у респондентов, что говорит о том, что, в случае необходимости, они готовы взять на себя ответственность в выполнении поставленных задач. Высокие баллы наблюдались в том числе по шкалам «Планирование решения проблемы» (66,07±15,28) и «Самоконтролю» (64,79±14,45), это может означать, что, в случае возникновения затруднений в выполнении задачи, испытуемые прибегают к продумыванию и составлению планов ее решения, если проблемная ситуация не разрешается, респонденты прибегают к контролю над своими эмоциями. По результатам исследования совладающего поведения, следует обозначить, что у той же группы в 2022 году, значительно увеличились показатели по шкале «Поиск социальной поддержки» (76,38±18,30), это означает, что респонденты склонны, перед попыткой решения поставленной задачи, искать помощь у других людей, что говорит о проявлении выученной беспомощности. Повышение значений по шкале «Положительная переоценка» (64,28±18,62) говорит о том, что студенты склоны переоценивать ситуацию в целом и себя. Также было выявило, что у испытуемых уменьшились показатели по шкале «Принятие ответственности» (61,60±17,61), что связано с трудностью принятия сложных жизненных решений.

По результатам исследования актуального состояния, следует обозначить пониженные показатели в шкалах «Тонус: высокий - низкий» (41,04±11,31) и «Спокойствие-тревога» (42,82±14,19). Сниженные показатели по этим шкалам объясняются продолжительностью противоэпидемических мероприятий и невозможностью повлиять на сложившуюся ситуацию, что может влиять на уровень тревоги и ощущение возможной угрозы. Также приближение окончания университета может влиять на уровень утомления, снижение работоспособности. У респондентов наблюдались высокие баллы по шкале «Эмоциональное возбуждение» (51,68±9,49), что может говорить о возможном напряжении, нервозности, невоздержанном реагирование на изменения ситуации, неудовлетворительном эмоциональном саморегулировании.

В результате корреляционного анализа, по показателям в обеих группах испытуемых, коэффициент Пирсона выявил, что шкала «Перенапряжения» имеет прямую связь со шкалами: (r=0,40; p<0,05) по шкале «Регрессия», (r=0,51; p<0,01) по шкале «Компенсация», (r=0,50; p<0,01) по шкале «Проекция» и (r=0,50; p<0,01) по шкале «Замещение». Данная корреляция свидетельствует о том, что студенты прибегает к менее зрелым и менее эффективным эталонам поведения, которые кажутся им гарантирующими защиту и безопасность. Несозревшее поведение приводит к перенапряжению при столкновении с проблемами. Представленные психологические защиты не предполагают, прямого действия по решению проблемы и являются незрелыми, в отличие от «Интеллектуализации», подразумевающей продумывание плана действия и являющейся более зрелой психологической защитой. Ссылаясь на результаты нашего исследования психологических защит, можно подтвердить данные, полученные в результате анализа взаимосвязей. Прямая связь «Регрессии», «Проекции» и «Компенсации» подтверждается повышением показателей «Перенапряжения» у испытуемых с преобладанием данных психологических защит и снижением приоритета использования психологической защиты «Интеллектуализация» в сравнении с исследованием в 2019 году.

Была выявлена прямая связь между шкалой активации-деактивации со шкалами: (r=0,63; p <0,01) по шкале «Планирование решения проблемы» и (r=0,67; p <0,01) по шкале «Положительная переоценка». За счет низких баллов по шкале активация-деактивация, можно сделать вывод о снижении эффективности планирования решения проблемы и положительной переоценки у респондентов.

Также было выявлено, что противодействие стрессу имеет обратную корреляцию со шкалами: (r=-0,49; p<0,01) по шкале «Самоконтроль», (r=-0,59; p<0,01) по шкале «Планирование решения проблемы» и (r=-0,50; p<0,01) по шкале «Положительная переоценка», это объясняется тем, что в период пандемии студенты, пытались планировать свою дальнейшую деятельность и продумывали пути решения сложившейся в мире ситуации, однако не могли никак повлиять на это, что вызывало у них стресс, они начинали переоценивать ситуацию, вероятно, считая ее безвыходной, следовательно, им приходилось прибегать к копинг-стратегии самоконтроля.

ОРГАНИЗАЦИОННО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ

А.Ю. Тер-Исраелян[1,2], Т.Е. Евдокимова[1,2]

[1] ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №13 Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва
[2] Медицинский институт РУДН, г. Москва

Ключевые слова: социологические аспекты, организация психиатрической помощи

Актуальность. С целью совершенствования оказания медицинской помощи населению по специальности психиатрия с учетом действующей нормативно-правовой базы был издан Приказ Правительства Москвы ДЗМ от 1.09.2017г. №628 «О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» в подведомственных организациях системы здравоохранения города Москвы, оказывающих психиатрическую помощь.

Цель. Провести анализ данных социологического опроса врачей стационара и врачей психиатрического диспансера для совершенствования организации медицинской помощи пациентам психиатрического профиля.

Материалы и методы. В работе проведена оценка материалов данных социологического опроса врачей стационара и психиатрического диспансера ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» по лечению больных психиатрического профиля в состоянии обострения и с подострым течением. Опрос был проведен среди всех врачей-психиатров, число опрошенных 115 человек.

Результаты и обсуждение. В работе представлены данные социологического опроса врачей стационара и врачей психиатрического диспансера, наглядно показано, где должны лечиться пациенты психиатрического профиля в состоянии обострения. Для контингента больных с расстройствами настроения врачи стационара и психоневрологического диспансера показали

следующее количественные значения пребывания больных в остром состоянии: в стационаре - 87,0±3,03 (мнение врачей стационара); 70,5±5,84 (мнение врачей диспансера) и в амбулаторном модуле - 13,0±3,03 (мнение врачей стационара), 29,5±5,84 (мнение врачей диспансера). В категории больных с расстройствами личности и поведения врачи стационара и диспансера при распределении больных учли клиническую картину психопатологических расстройств пациентов, их возраст, предыдущие поступления пациентов в стационар. Распределение пациентов для лечения в стационаре было представлено следующим образом: 65,0+4,30 (врачи стационара), 54,1±6,38 (врачи психиатрического диспансера); для лечения в подразделениях амбулаторного модуля - 35,0±4,30 (мнение врачей стационара), 45,9±6,38 (мнение врачей психиатрического диспансера). За последние 2 года, по отчетным данным ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ», существенно не меняется и составляет 2,2-2,4% от числа всех пролеченных пациентов в стационаре. Больные шизофренией, шизотипическими расстройствами были представлены для лечения в условиях стационара следующим образом - 68,3±4,20 (мнение врачей стационара), 63,9±6,15 (мнение врачей диспансера); для лечения в амбулаторном модуле - 31,7±4,20 (мнение врачей стационара), 36,1±6,15 (мнение врачей психиатрического диспансера). Контингент пациентов с расстройствами личности в подостром состоянии был распределен в таком порядке: для лечения в стационаре - 26,8±4,00 (мнение врачей стационара), 14,8±4,54 (мнение врачей психиатрического диспансера); для лечения в амбулаторном модуле - 73,2±4,00 (мнение врачей стационара), 85,2±4,54 (мнение врачей диспансера).

Выводы. Опрос врачей-психиатров помог выявить некоторые трудности в организации психиатрической помощи ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» в формате проводимого реформирования психиатрической службы г. Москвы. Данные опроса врачей обращают на себя внимание частичным принятием новой парадигмы при оказании психиатрической помощи пациентам, направленной на стационарозамещающие виды помощи. Этим же обусловлена невысокая приверженность врачей к внедрению в практику отработанной маршрутизации больных, использование возможностей и услуг новых внебольничных форм психиатрической помощи, таких как амбулаторный модуль, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, оказание неотложной психиатрической помощи на дому.

ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОЙ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ФОРМЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ - АМБУЛАТОРНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО МОДУЛЯ

А.Ю. Тер-Исраелян[1,2], Т.Е. Евдокимова[1,2]

[1] ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №13 Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва
[2] Медицинский институт РУДН, г. Москва

Ключевые слова: критерии оценки качества и эффективности медицинской деятельности, социальная сфера, психосоциальная реабилитация, оценочная балльная шкала результатов лечения пациентов, стационарозамещающие формы, амбулаторный психиатрический модуль

Актуальность. В статье изложены подходы к оценке эффективности новой организационной технологии - амбулаторного психиатрического модуля, представлен анализ применимых критериев и показателей, нашедших отражение в нормативно правовых документах.

Цель и задачи. Провести анализ критериев оценки качества и эффективности медицинской деятельности в ГБУЗ «ПКБ №13 ДЗМ» и определить подходы к оценке эффективности новой организационной формы амбулаторного-психиатрического модуля.

Материалы и методы. Разработка «критериев и показателей для оценки эффективности» новой организационной формы проводилась в соответствии со ст. 90 ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5.05.2012г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 16.08.2013г. № 820 «О совершенствовании организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях государственной системы ДЗМ».

Результаты и обсуждение. «Система оценки качества и эффективности деятельности» новой организационной формы психиатрической службы - амбулаторного психиатрического модуля - должна включать: «стандарты качества» с соответствующими объемами лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий; соответствующие требования психического и социального статуса больного по окончании им лечения; планируемые конечные результаты; оценочные шкалы для проведения анализа результатов работы (в баллах). Организации «контроля качества» деятельности «амбулаторного психиатрического модуля» присуща многоступенчатость: 1 ступень «контроля качества» новой организационной формы обеспечивается заведующим диспансером; 2 ступень «оценки качества лечения» больного осуществляется участковым психиатром амбулаторного отделения; 3 ступень «контроля качества» осуществляется заместителем главного врача, в случае необходимости, привлекается участковый психиатр амбулаторного модуля; 4 ступень «контроля качества» «амбулаторного психиатрического модуля» оценивается экспертной комиссией ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ»; 5 – «оценка качества деятельности» амбулаторного психиатрического модуля экспертной комиссией «регионального органа управления здравоохранением».

В соответствии с регламентирующими установками в ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» разработаны «Карты внутреннего контроля качества и безопасности для оказания амбулаторной помощи» и «Карты внутреннего контроля качества и безопасности для оказания помощи при лечении в дневном стационаре». «Критериями оценки качества лечения» являются: наличие жалоб пациентов или их родственников, объективность осмотра пациентов, качество оформления медицинской документации, достоверность диагностических сведений по основному и сопутствующему заболеваниям,

информативность дневниковых записей, адекватность лечебно-профилактических мероприятий, результативность медицинской реабилитации, своевременность оказания медицинской помощи.

Выводы. Амбулаторный психиатрический модуль пример реализации современных организационных принципов и инновационных подходов к оказанию специализированной медицинской помощи населению. Реализация представленных подходов к «оценке качества и эффективности деятельности» «амбулаторного психиатрического модуля» будет во многом способствовать «совершенствованию информационного обеспечения управления» психиатрической службой.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ СУИЦИДЕНТОВ

Г.М. Токарева

ГБУЗ МО «Центральная клиническая психиатрическая больница им. Ф.А. Усольцева», г. Москва
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва

Ключевые слова: несовершеннолетние, психологические особенности, суицидальное поведение, судебная психолого-психологическая экспертиза

По факту случаев смерти несовершеннолетних, когда имеются подозрения на доведение до самоубийства, заводится уголовное дело по статье 110 УК РФ. И как правило в таких случаях с целью установления фактов, имеющих значение для дела, назначается комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. Назначается данная экспертиза с целью установления предрасполагающего к суициду эмоционального или психического состояния, непосредственно предшествовавшего факту смерти; а также с целью оценки связанного с ним риска суицидального поведения, его причинных зависимостей с учетом особенностей личности ребенка и его отношений с окружающими.

В Центре амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы Центральной клинической психиатрической больницы Московской области за период с 2015 по 2020 годы проведено 98 посмертных экспертиз в отношении несовершеннолетних, что составило 78% от числа всех экспертиз по ст. 110 УК РФ «Доведение до самоубийства». Эти данные подтверждают высокий уровень суицидальной активности несовершеннолетних.

При анализе экспертных случаев установлено, что чаще всего накануне суицида несовершеннолетние находились в ситуации так называемого «двойного конфликта» (72% случаев), когда возникающие конфликты в школе, либо среди сверстников не замечались окружающими. При этом ребенок не находил поддержки, и, как следствие, не получил необходимую ему на тот момент помощь. По частоте встречаемости можно выделить безответную любовь и индуцированные суициды, в том числе и через социальные сети (14% и 8% соответственно). Несмотря на то, что несовершеннолетние часто совершают суицид в экстремальных, стрессовых ситуациях, обусловленных публичным унижением, проблемами в учебе, предательством, часть экспертов полагают, что это скорее повод для суицида, чем его истинная причина.

Риск суицида наиболее высок при психических расстройствах как депрессия, шизофрения, алкогольная или наркотическая зависимость, личностные расстройства. Согласно

статистическим данным примерно у 2/3 лиц, совершивших попытку самоубийства, диагностируется депрессия. Однако, согласно данным Цента амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы при Центральной клинической психиатрической больницы Московской области, которые подтверждаются и другими источниками, по сравнению со взрослыми, подростки значительно чаще совершают суицидальные поступки, являясь психически здоровыми.

Психологический смысл суицида у психически здоровых детей чаще всего заключается в отреагировании аффекта, снятии эмоционального напряжения, ухода от психотравмирующей ситуации, в которой оказался ребенок. Кроме того, подростковый возраст относится к кризисным периодам, который характеризуется не только внутренними конфликтами самого ребенка, но и появлением немалого количества конфликтов с окружающими. Зачастую попытка войти в новый, взрослый мир связана с проблемами, которые подросток не в силах решить самостоятельно и не в силах объяснить это окружающим.

В ходе анализа экспертных случаев у несовершеннолетних чаще всего выявлялись такие психологические особенности как замкнутость, неустойчивая самооценка, страх своей несостоятельности, требовательность к себе, завышенный уровень притязаний, сензитивность, несформированное осознание ценности собственной жизни, способности к прогнозированию последствий своих действий, эмоциональная сдержанность, склонность к накоплению отрицательных переживаний. В то же время, подростки в силу возрастных особенностей склонны более эмоционально и импульсивно реагировать на события, чем люди из других возрастных групп. В связи с этим самоубийство подростка - это чаще всего крик о помощи, который не был услышан вовремя, а также может являться способом привлечь к себе внимание. В 89% случаев накануне смерти несовершеннолетние допускали суицидальные высказывания и попытки.

В настоящее время сохраняется актуальность активных профилактических мероприятий суицидального поведения несовершеннолетних с учетом их возрастных и индивидуально-психологических особенностей.

Список литературы:

1. Сакович Н.А. Суицидальное поведение подростка: профилактика и коррекция / Н.А. Сакович. – Минск: Пачатковая школа, 2013. – 136 с.

2. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Метод рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте / А.Г. Амбрумова, Л.Я. Жезлова. – М.I Тип.Мин. здравоохранения, 1978 г.

3. Банников Г.С. Кошкин К.А. Кризисные состояния у подростков (пресуицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) в журнал Медицинская психология в России №2 (19), 2013 г., [Электронный ресурс] http://mprj.ru/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer18.php(дата обращения 25.09.2013).

БЛИЗОРУКОСТЬ В ОТНОШЕНИИ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

О.Д. Тучина[1], Л.Р. Усманова[2], О.Ж. Бузик[1], Л.В. Ивашиненко[3]

[1] ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва
[2] ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Москва
[3] ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», г. Тула

Актуальность. Близорукость пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ) в отношении собственного будущего, что выражается в саботаже лечения, неспособности отказаться от употребления даже ради серьезных приобретений в длительной перспективе, может преодолеваться с помощью психотерапии, ориентированной на моделирование позитивных будущих событий и позволяющей расширять горизонт планирования, усиливая способность пациентов отказываться от «быстрых» вознаграждений в виде непродолжительного удовольствия или облегчения психопатологических симптомов с помощью алкоголя. Схожим эффектом расширения временной перспективы, по-видимому, обладает и напоминание пациентам об их смертности. Однако долгосрочное моделирование завершения своей жизни («финальная сцена» жизненной истории) у пациентов с АЗ изучалось в ограниченном числе работ. Практически нет данных о том, как такие ожидания различаются в здоровых и клинических выборках и как их содержание влияет на течение АЗ и может быть использовано в рамках комплексного лечения.

Цель пилотного исследования – изучение специфики психических моделей завершения жизненного пути у пациентов с АЗ и здоровых респондентов.

Методы. Моделирование «финальной сцены» стимулировалось вопросами полуструктурированного интервью. Респондентам предлагалась представить и описать свою «финальную сцену» (произвольная модель), высказать предположения об ожидаемом возрасте и причине смерти. Полученные данные обрабатывались математически: хи-квадрат Пирсона и точный тест Фишера для качественных данных; критерий Манна-Уитни – для количественных.

Выборка. Клиническая группа: пациенты отделения медицинской реабилитации МНПЦ наркологии с диагнозом АЗ, средняя стадия, без сопутствующих психических расстройств: 61 человек, мужчины, средний возраст – 43,5 (SD=10,6) лет. Контрольная группа: 25 здоровых мужчин (отсутствие АЗ контролировалось тестом AUDIT), средний возраст – 30 (SD=9,7) лет. Социо-демографические характеристики групп, кроме возраста, не различались. Группы имели сравнимый уровень тревоги и депрессии по Госпитальному опроснику тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. Выявлены значимые различия между группами в способности к моделированию сцены завершения жизненного пути. Если в здоровой выборке представить собственную смерть, назвать возможную причину и возраст смерти смогли 100% участников, в группе с АЗ это сделали 42,6% (n=26); 60,7% (n=37) и 70,5% (n=43) респондентов, соответственно (p<0,001). Респонденты контрольной группы в 2 раза чаще собирались жить более 75 лет: 64% (n=16) и 29,5% (n=18), соответственно. Лишь 8% (в отличие от 20% в группе АЗ) прогнозировали смерть в возрасте до 40 лет. Медианная субъективно ожидаемая продолжительность жизни в группе с АЗ (75 лет) была значимо ниже, чем у контроля (85 лет). В обеих группах наиболее частотным был прогноз естественной смерти, хотя в группе с АЗ таких ожиданий было значимо меньше: 92% (n=23) и 52,5% (n=32), соответственно (p<0,001). При этом пациенты и контроль не различались по частоте ожиданий смерти, связанной с употреблением алкоголя (4% и 19,7%, p=0,1), «быстрой» (легкой и не мучительной) (16% и 18%, p=1) смерти и «амбивалентным» ожиданиям возможности и естественной и неестественной смерти (36% и 19,7%, p=0,18). Здоровые участники чаще сообщали об ожиданиях неестественной смерти, чем респонденты с АЗ: 44% (n=11) и 19,7% (n=12).

Выводы. У пациентов с АЗ выявлена «блокада» ПМ при моделировании собственной смерти по сравнению со здоровыми участниками и нарушения рефлексии возможной причины смерти, что может приводить к значительному обесцениванию негативных последствий текущего употребления. Об этом же свидетельствует укороченная ожидаемая продолжительность жизни пациентов с АЗ. Полученные данные подтверждают необходимость стимулирования долгосрочного ПМ пациентов с АЗ для преодоления обесценивания отсроченных вознаграждений. При интерпретации данных следует учитывать ограничения исследования, связанные с дисбалансом групп по возрасту.

ТЕРАПИЯ ПРИНЯТИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТИ ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ ВНУТРЕННЕЙ СТИГМЫ

О.В. Тюсова

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

Ключевые слова: Терапия Принятия и Ответственности, ВИЧ-инфекция, синдром зависимости

Актуальность. Низкая обращаемость за наркологическим лечением и в ВИЧ-службы, и, как следствие, отсроченный старт приема антиретровирусной терапии (АРВТ) осложняют осуществление профилактических и лечебных мероприятий среди ВИЧ-инфицированных наркозависимых.

Терапия принятия и ответственности (ТПО) является разновидностью когнитивно-поведенческой терапии, основана на модели психологической гибкости и осознанности функционирования человека; включает в себя дискуссии, метафоры и практические упражнения. Данная поведенческая интервенция воздействует на эмоции, лежащие в основе внутренней стигмы. Поэтому именно она была выбрана для работы по преодолению чувства вины, стыда, стигматизации и осуждения себя и других людей.

Основная цель проекта - оценка возможности применения интервенции ТПО в отношении преодоления двойной стигмы для ВИЧ-положительных людей, употребляющих инъекционные наркотики

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено в Санкт-Петербурге в 2019-2021 г.г. Целевой группой исследования стали ВИЧ-положительные ЛУИН, без АРВТ, не обращавшиеся ранее за наркологическим лечением. Набор участников исследования осуществлялся в некоммерческой гуманитарной организации (НГО), последующие визиты и интервенция проводились на базе Межрайонного реабилитационного центра. Программа представляла собой рандомизированное контрольное исследование, где участники интервентной группы получали интервенцию ТПО (3 групповые сессии) и помощь, предоставляемую НГО, а участники, попавшие в контрольную группу - только помощь, предоставляемую НГО. Все участники исследования приглашались для проведения оценки через 1 и 6 месяцев после включения в программу. Все групповые сессии были проведены в очном формате,

большинство визитов оценки 1 и 6 месяцев проводились по телефону из-за ситуации с пандемией COVID-19.

Интервенция ТПО проводилась двумя психологами, прошедшими специальное обучение, согласно руководству ТПО в группах по 5-7 человек и представляла собой 3 еженедельные сессии по 2 часа каждая с перерывом 10 минут. Групповые сессии были сфокусированы на определении жизненных целей и ценностей. Применяемое руководство было адаптировано к российскому контексту: некоторые метафоры и практические упражнения были изменены.

Критериями оценки эффективности интервенции по оценке возможности применения ТПО интервенции в отношении преодоления стигмы были: удовлетворенность интервенцией на визите через 1 месяц, участие в трех интервенционных групповых сессиях, начало АРВТ на 6-месячном визите, употребление инъекционных наркотиков за последние 3 месяца на 6-месячном визите.

Результаты исследования. В исследовании приняли участие 100 участников: 51% - мужчины, средний возраст - 38 ±5 лет. В интервентную группу было рандомизировано 67 человек. Проведено 13 ТПО групп. Численность групп составила от 3 до 7 человек. По окончании интервенции более 50% участников говорили, что хотели продолжить участие в группе после 3 сессий.

Из 67 рандомизированных в интервентную группу: 54 (80,6%) посетили 3 групповые сессии; 10 (14,9%) участвовали в 1 или 2 сессиях. Удовлетворенность интервенцией через 1 месяц составила 95,3%; средний балл по шкале удовлетворенности (0-5) составил 4,0± 0,6. Через 6 месяцев 13 (20%) участников интервентной группы сообщили о начале АРВТ терапии, 15 (23%) участников сообщили о начале наркологического лечения.

Выводы. Впервые была показана возможность проведения групповой интервенции с ВИЧ-положительными ЛУИН в амбулаторных условиях.

Работа с ценностями позволяет участникам осознать свои истинные глубинные намерения, поставить конкретные цели и разработать пошаговый план их достижения, что особенно важно в отношении здоровья и начала лечения, как ВИЧ-инфекции, так и синдрома зависимости.

Применение ТПО позволяет преодолеть внутреннюю стигматизацию, начать заботиться о своем здоровье и предпринять усилия для начала лечения.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛУТАМИНА ПРИ СИНДРОМЕ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ

С.И. Уткин

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

Ключевые слова: синдром отмены алкоголя, метаболизм, глутамин

Глутамин - самая распространенная и универсальная аминокислота в организме. Он является важнейшим энергетическим субстратом для синтеза цитокинов, гормонов, поддержания кислотно-щелочного баланса, транспорта аммиака и пролиферации тканей. Известно, что у зависимых от алкоголя пациентов наблюдается значительное снижение уровня глутамина на 1-8 сутки отмены алкоголя, причем его дефицит сохраняется даже после проведения полного курса стандартной терапии. Хорошо известно, что снижение активности ГАМК-ергической системы в ЦНС является одним из важных механизмов в развитии синдрома отмены алкоголя (СОА). Синтез ГАМК и его высвобождение могут увеличиваться при наличии свободного глутамина: его энтеральный прием вызывает повышение уровня ГАМК в тканях мозга. Следовательно, глутамин может быть полезным дополнением для лечения ряда расстройств (например, тревоги и судорог), когда требуется усиление ГАМК-ергической передачи, в том числе и при СОА. . В ходе проведенного исследования, пациенты с СОА, которым была назначена стандартная фармакотерапия этого состояния, помимо обычного питания, получали нутритивную поддержку специализированным пищевым продуктом для диетического лечебного питания «Глутамин-плюс». Клинические и лабораторные показатели этих пациентов сравнивались с данными контрольной группы. В исследование были включены 80 пациентов (74 мужчин и 6 женщин).

По итогам исследования были сделаны следующие *выводы*:

1. Добавление пищевой добавки Глутамин-плюс к стандартной диете пациентам с неосложненным синдромом отмены алкоголя значимо улучшает у них обменные процессы: тканевое дыхание, гемопоэз, иммунитет.

2. Прием Глутамина-плюс положительно влияет на динамику редукции клинических признаков синдрома отмены алкоголя и патологического влечения к спиртному в его рамках.

3. Прием Глутамина-плюс пациентами с синдромом отмены алкоголя сопровождается относительным повышением уровня трансаминаз крови и ухудшением динамики редукции расстройств депрессивного круга.

Примечание: Последний вывод нельзя однозначно рассматривать как негативный, т.к. таким образом может проявляться усиление обменных процессов, связанное с приемом пациентами глутамина. Заметим, что несмотря на относительно больший уровень трансаминаз в основной группе, средний объем эритроцитов (показатель, также косвенно зависящий от состояния печени) у этих пациентов показал качественно лучшую динамику.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

О.З. Хайретдинов

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

Ключевые слова: цифровизация здравоохранения, телемедицинские технологии, повышения качества и безопасности медицинской помощи

В Центре им. Сухаревой ДЗМ еще в 1989 г. была внедрена одна из первых в отрасли медицинская информационная система, позволившая автоматизировать различные аспекты взаимодействия между структурными подразделениями организации и оформления медицинской документации. В настоящее время технические возможности роста продуктивности и ускорения рутинных организационных процессов, повышения качества и безопасности медицинской помощи с применением цифровых технологий возросли многократно, однако их внедрение осуществляется медленно и фрагментарно.

В 2020-2022 гг. в Центре им. Сухаревой ДЗМ проведено около пяти тысяч телемедицинских консультаций (ТМК) в формате «пациент-врач (специалист)», для чего подготовлено более 90 сотрудников разных специальностей (психиатры, психотерапевты, медицинские психологи, логопеды, дефектологи и др.) Модель ТМК «пациент-врач» получила большое распространение в период эпидемиологических ограничений в связи с COVID-19, но содержит много нерешенных организационно-правовых и клинических вопросов по обеспечению качества, информационной и клинической безопасности. Совместно с ГБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий ДЗМ» нами разработаны и утверждены Департаментом здравоохранения г. Москвы в 2021 г. методические рекомендации «Организация применения телемедицинских технологий для проведения консультаций пациентов (законных представителей) в детской психиатрической практике». При проведении анализа нормативно-правовых требований, регламентирующих применение телемедицинских технологий в процессе оказания психиатрической помощи детям и подросткам, выявлен ряд противоречий, в частности, запрет на установление диагноза и назначение лечения на первом дистанционном приеме (ч.2 ст.36.2 №323-ФЗ; ст.47 Приказа МЗ РФ №965н) и обратные требования в иных НПА (ст.2.1 Приказа МЗ РФ от 10.05.2017 г. № 203н). Отмечены ограничения организационно-технических возможностей надежной удаленной идентификации пациентов и их законных представителей, оформления информированного добровольного согласия, а также непредсказуемый уровень клинической безопасности при проведении первичных дистанционных консультаций и невозможность определения места нахождения пациента при необходимости принятия мер экстренного реагирования. Оптимальным и достаточно безопасным признано проведение повторных ТМК для пациентов, ранее проходивших амбулаторное обследование или стационарное лечение в данной клинике. Выделены отличительные особенности проведения дистанционных консультаций с использованием видеосвязи в сравнении с «живым» форматом приема специалиста, требующие учета при решении диагностических и организационно-тактических вопросов, а также дополнительной подготовки специалистов. Например, при аутистических расстройствах значимы сложности оценки зрительного контакта «через экран», наличия/отсутствия невербальных реакций на фоновые, не заметные для консультанта визуальные, звуковые и иные раздражители; при расстройствах пищевого поведения и дисморфофобических переживаниях - противоречивое отношение к своему видеоизображению и участию в онлайн-консультации и т.п. Для медицинских

организаций, имеющих территориально удаленные филиалы и кабинеты, существенные преимущества могут быть связаны с легитимизацией дистанционного формата проведения врачебных комиссий.

Представляются перспективными возможности внедрения дистанционной доврачебной скрининговой оценки и последующей автоматизации маршрутизации пациентов, систем поддержки принятия врачебных решений, мониторинга психического состояния и эффективности/безопасности терапии, контроля качества при применении телемедицинского формата медицинской помощи.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С УЧЕТОМ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И ОСЛОЖНЕНИЙ

Б.Д. Цыганков

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», г. Москва

На кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии МГМСУ им. А.И. Евдокимова на протяжении многолетних исследований проводится изучение клинико-патогенетических закономерностей развития побочных эффектов и осложнений нейролептической терапии, поиска клинических и биологических предикторов исходов в эффективности терапии.

В рамках выделенных направлений получены новые данные о этиопатогенезе нейролептических осложнений по типу злокачественного нейролептического синдрома (ЗНС) и генерализованной аллергической реакции (ГАР), который определяется аутоиммунными процессами с преимущественным поражением гипоталамуса.

Внедрение в психиатрическую практику с начала 80-х годов прошлого столетия нового класса нейролептиков, названного «атипичными» по сравнению с используемыми ранее «типичными», позволило выявить специфические побочные эффекты и осложнения, характерные для этой группы препаратов. Терапия атипичными нейролептиками (АН) снижает риск развития экстрапирамидных побочных эффектов и, вместе с тем, значительно чаще приводит к развитию нейроэндокринных дисфункций и заболеваний.

Нейроэндокринные нарушения в процессе нейролептической терапии «атипиками» определяются как дисбаланс функционального состояния желез внутренней секреции, обусловленный патогенетическими механизмами самого заболевания, факторов почвы и побочных эндокринных эффектов препаратов. Результаты эпидемиологических исследований, касающиеся частоты встречаемых симптомов и синдромов нейроэндокринных нарушений при использовании АН, по разным данным, значительно колеблются. Так, повышение массы тела (нейролептическое ожирение) возникает в 40-92% случаев, метаболический синдром – в 49,3% случаев, сахарный диабет II типа – в 6,2 – 25% случаев.

Клинико-биологические исследования нейролептических осложнений по типу ЗНС и ГАР позволили по иммунологическим и биохимическим показателям прогнозировать тяжесть течения нейролептических осложнений, уровень повреждения гематоэнцефалического барьера, оценивать эффективность проводимой терапии. В качестве достаточно надежных

предикторов эффективности терапии были определены содержание ферментов и их количество в сыворотке крови и ликворе.

Эндокринологические изменения в динамике нейролептических осложнений свидетельствовали о нейроэндокринной дизрегуляции в центральных и периферических звеньях, а также о функциональном состоянии желез внутренней секреции. Разработанная и внедренная система терапии ЗНС и ГАР, с учетом клинических и биологических предикторов их развития и течения в динамике, позволила на территории РФ практически всегда предотвращать летальные исходы.

Впервые на большом клиническом материале, включающем результаты длительного амбулаторного наблюдения, стационарного лечения больных параноидной шизофренией в различные временные периоды, проведен сравнительный анализ использования типичных и атипичных нейролептиков в лечении больных параноидной шизофренией, определена динамика когнитивных и негативных расстройств в процессе психофармакотерапии.

Определение дифференцированных показаний для назначения различных групп антипсихотиков позволит оптимизировать психофармакотерапию больных параноидной шизофренией, в том числе за счет более целенаправленного использования современных дорогостоящих препаратов. Было установлено, что скорость достижения ремиссии при использовании разных классов антипсихотиков была статистически не значима, и в большей степени зависела от типа течения параноидной шизофрении. Исследование влияния антипсихотиков на негативную симптоматику в период ремиссии также не выявило каких-либо преимуществ в сравниваемых классах препаратов. Для установления особенностей влияния на когнитивные нарушения у больных шизофренией каждой из групп антипсихотиков был проведен сравнительный анализ изменения когнитивных функций в динамике «психоз – ремиссия». Изучение когнитивных функций показало, что за счет меньшего седативного эффекта атипичные нейролептики обеспечивают лучшее выполнение нейрокогнитивных тестов у больных на начальных этапах терапии психозов. Однако, после наступления ремиссии и снижения дозировок как типичных, так и атипичных нейролептиков до поддерживающих, различия в фармакологических подгруппах сглаживались и основную роль играл тип течения болезни.

Дальнейшее развитие перспективных научных исследований обусловлено высокой социальной актуальностью изучения течения шизофрении в условиях современных методов ее терапии. Предполагается комплексный характер изучения биопсихосоциальных факторов индивидуального течения заболевания и персонифицированно ориентированной биологической и социореабилитационной терапии на разных этапах болезни. Развитие междисциплинарных клинико-психопатологических, психонейрофизиологических, иммунологических, биохимических, эндокринологических, биохимических и генетических аспектов индивидуальной непереносимости нейролептической терапии позволит значительно повысить терапевтическую эффективность при экономии материальных ресурсов на коррекцию и лечение соматоэндокринологических осложнений.

ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНТОВ-КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ФОРМИРОВАНИЕМ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ

У.Ю. Чут, А.Е. Орлов, А.А. Киселева

Новосибирский Государственный медицинский университет, г. Новосибирск

Ключевые слова: студент, клиническая психология, интернет-аддикция, интернет-зависимое поведение, акцентуация, характерологические особенности

Актуальность. В условиях современного общества представлено множество факторов, благоприятствующих формированию аддикции. Особенно актуальна в наше время проблема интернет-зависимости, связанная с повсеместным и ежедневным использованием интернета для работы, учебы или развлечения. В данном контексте было предпринято настоящее исследование для изучения растущей проблемы интернет-аддикции среди студентов-клинических психологов (поскольку они являются будущими медицинскими работниками, которые могут столкнуться с зависимыми пациентами).

Цель: рассмотрение проблемы интернет-зависимого поведения среди студентов-психологов и её взаимосвязи с характерологическими особенностями.

Задачи: проанализировать характерологические особенности студентов-психологов, выявить их взаимосвязь с этиологическими факторами формирования интернет-зависимого поведения.

Материалы и методы: приняло участие 80 студентов НГМУ, обучающихся по специальности «Клиническая психология». Для достижения цели исследования использовались: Шкала интернет-зависимости Чена (CIAS); Опросник Леонгарда-Шмишека (взрослый вариант), коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение: при сравнительном анализе полученных данных выявлено, что среди акцентуированных студентов выше распространённость интернет-зависимого поведения: студентов со сформированной зависимостью – 40%, без – 17,5%. Было отмечено, что 40% студентов имеют высокие показатели по шкале интернет-зависимого поведения и минимум одну выраженную акцентуацию. Эти данные свидетельствуют не только о значимости исследуемой проблематики, но и о том, что при появлении одного из этих аспектов риск появления второго увеличивается.

Среди акцентуантов без аддикции чаще встречаются гипертимная и эмотивная акцентуация характера. Вероятно, это можно объяснить тем, что внешний мир для гипертима, как внутренний мир для эмотива привлекательнее и безопаснее, чем виртуальная реальность, предлагаемая интернетом. Среди аддиктов чаще встречаются экзальтированная, застревающая, педантичная, тревожная акцентуации. Это может быть связано с повышенной тревожностью данных типов характера, а также поиском борьбы с этой тревожностью с помощью сиюминутных эмоций в сфере интернета или поиском развлечений, не исключается поиск социальной поддержки через онлайн общение.

При применении критерия Спирмена для данных акцентуированных аддиктов были выявлены значительные корреляции тревожного типа акцентуации с большинством шкал интернет-зависимого поведения. Этот факт можно обосновать, несомненно, повышенной тревожностью данного типа, что является одним из значимых факторов формирования аддикции, а также их склонностью к формированию страха реальности. Наибольшая взаимосвязь выявлена со шкалой толерантности ($r=0,52$; $p=0,05$), что говорит нам о том, что акцентуант представляется в виртуальном мире в роли более уверенного человека, чего не может добиться в реальной жизни. В связи с чем происходит рост толерантности.

В целом все выявленные корреляции имеют не очень высокие показатели (r от 0,33 до 0,52; p=0,05), так как после подросткового возраста акцентуированные черты в норме сглаживаются, в то время как с зависимостью происходит обратный процесс – её наработка. В связи с этим показатели корреляций уменьшаются, однако личностные черты продолжают влиять на течение аддикции.

Выводы. Проведенное исследование показывает, что интернет-зависимое поведение у студентов-медиков – это серьезная проблема, требующая своевременной профилактики и коррекции. Выявление интернет-зависимости приобретает важную роль в медицинских университетах, в особенности у будущих клинических психологов, как специалистов в сфере психопатологического и зависимого поведения.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ КРИЗИСНЫМ ПАЦИЕНТАМ В УЗ «ГК БСМП Г. ГРОДНО»

В.И. Шамигулова, Т.И. Шешко, Е.В. Соловьянчик

Учреждение здравоохранения «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Гродно, Республика Беларусь

Кризисное состояние - остро возникающее состояние психологического дискомфорта, на фоне которого нарушается интеграция психической деятельности, затрудняется социальное взаимодействие с окружающими, при котором человек не справляется с повседневными обязанностями и самостоятельно не может справиться с возникающими на этом фоне психологическими проблемами и затруднениями [1].

Актуальность. В связи с высоким уровнем наличия пациентов, находящихся в кризисных состояниях, в нашем стационаре УЗ «ГК БСМП г. Гродно» проводится оказание помощи, согласно положению о «Кризисных койках», регламентирующее работу специалистов, осуществляющих психологическую, психотерапевтическую и психиатрическую помощь [1].

Целью данных тезисов является ознакомление с организацией помощи кризисным пациентам.

В своей деятельности специалисты нашего стационара руководствуются действующим законодательством Республики Беларусь, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения РБ и настоящим Положением [2].

Кризисные койки на функциональной основе являются структурным подразделением отделения токсикологии УЗ «ГК БСМП г. Гродно». Коечная мощность – 3 койки. Их могут использовать в лечебно-диагностических и реабилитационных целях все лечебно-диагностические возможности больницы.

Оказание кризисной помощи пациентам осуществляется мультидисциплинарной бригадой в составе: руководителя бригады - врача-психотерапевта, членов бригады: врача-психиатра-нарколога, двух психологов. [2]

Основной задачей кризисных коек является-оказание кризисной помощи пациентам, находящимся на лечении в УЗ «ГКБСМП г. Гродно» в связи с парасуицидом либо имеющих признаки кризисного состояния с высоким риском совершения суицида.

После восстановления соматического состояния и при наличии показаний, пациенты могут быть переведены для дальнейшего лечения в УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология».

Анализ работы кризисных коек отделения производится ежемесячно, ежеквартально, за полугодие, 9 месяцев, ежегодно его руководителем в сравнении с предыдущим отчетным периодом. После чего он

представляется в установленные сроки руководителю областного Центра пограничных состояний и в организационно-методический отдел УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-Наркология».

Выводы. Организация службы психического здоровья УЗ «ГК БСМП г. Гродно» позволяет достигать максимально положительных результатов для восстановления здоровья пациентов и их полноценного социального функционирования, находящихся в кризисных состояниях.

Список литературы:

1. Пергаменщик Л.А. Кризисная психология. Учебное пособие - Мн.: Вышэйшая школа, 2004. - 288с.
2. МЗРБ «Инструкция по применению метода оказания специализированной помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами мультидисциплинарной бригадой специалистов».

ДЕПРЕССИВНАЯ СИМПТОМАТИКА У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛИЗМОМ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОЖИВАНИЯ

С.Р. Шамсиева, Н.Р. Моллаева

ГБУ РД «Республиканский наркологический диспансер», г. Махачкала
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет», г. Махачкала

Введение. Депрессия и употребление алкоголя связаны между собой сложным образом. Злоупотребление алкоголем часто сопровождается депрессией (Foulds J.A., 2015,) и может повышать риск ее возникновения (Fergusson D.M., 2011). При этом употребление алкоголя в минимальных дозах (1-2 порции в день) связано с лучшим качеством жизни, связанным со здоровьем, по сравнению с полным воздержанием от алкоголя (Stranges S., 2006). Тем не менее, влияние умеренного употребления алкоголя на риск возникновения депрессии остается неясным, особенно в зависимости от культурных и территориальных особенностей проживания.

Цель: оценка депрессивной симптоматики у пациентов с алкоголизмом в Республике Дагестан в зависимости от территориальных особенностей проживания.

Материалы и методы. В исследование было включено 104 пациента (102 (98,1%) мужчины) и 2 (1,9%) женщины) в возрасте 51,2±9,9 лет (от 27 до 74 лет), состоящих на учете в «Республиканском наркологическом диспансере» (г. Махачкала) в период с 2018 по 2020 гг. В зависимости от территориальных особенностей проживания пациенты были разделены на 2 группы: первая – 62 (59,6%) пациента, проживающие в городской местности и вторая – 42 (40,4%) – в сельской.

Степень выраженности депрессивной симптоматики оценивали с помощью шкалы Бека (0-9 баллов – отсутствие депрессии; 10-15 – легкая депрессия; 16-19 баллов – умеренная депрессия; 20-29 баллов – выраженная депрессия и более 30 баллов – тяжелая депрессия).

Результаты исследования. Среди обследованных пациентов 2 стадия алкоголизма была у 65 (62,5%) пациентов и 3-я у 39 (37,5%).

У пациентов, проживающих в городской местности балл по шкале Бека составил 16 [11; 29], а в сельской местности - 25,5 [15,5; 29,5] ($p<0,05$). Выявлено, что у обеих группах депрессия отсутствовала примерно у одинакового количества

больных: 21,0% и 19,5% пациентов, проживающих в городской и сельской местности соответственно (p>0,05). При этом степень выраженности депрессивной симптоматики существенно различалась: у пациентов, проживающих в городе, чаще наблюдалась легкая депрессивная симптоматика (29,0%), которая в сельской местности отмечалась реже всего (7,3%; p<0,01); умеренная и выраженная депрессивная симптоматика, напротив, чаще наблюдались у лиц, проживающих в сельской местности (9,8% и 39,0% соответственно), по сравнению с городскими жителями (1,6% и 25,8% соответственно; p<0,05). Различий по частоте тяжелой депрессивной симптоматике выявлено не было: 22,6% и 24,4% в городской и сельской местности соответственно (p>0,05).

Степень выраженности депрессии коррелировала с наличием работы у пациентов (r=0,324; p<0,001), что свидетельствует о том, что отсутствие работы у лиц, страдающих алкоголизмом, предрасполагает к развитию депрессивной симптоматики.

Обсуждение. Географическое положение, то есть проживание в сельской или городской местности, ассоциируется с дискретной культурой и социальной средой, которая может оказывать влияние на поведение людей и состояние их здоровья. Люди с низким социально-экономическим статусом часто сталкиваются с большими социальными трудностями, что увеличивает их восприимчивость к негативным для здоровья последствиям при воздействии различных факторов риска. Выявление более высокой распространенности депрессивной симптоматики и алкоголизма среди, проживающих в сельской местности, подтверждает это утверждение. Полученные нами данные согласуются с другими исследованиями, которые показали, что люди проживающие в сельской местности, находятся в более неблагоприятном социальном положении, обычно имеют высокую распространенность проблем со здоровьем, в том числе депрессивных расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, чаще получают инвалидность и имеют ограниченный доступ к медицинской помощи (Collins S.E., 2016, Jacquet E., Robert S., Chauvin P. et al. 2018).

Выводы. Таким образом, для лиц с алкогольной зависимостью, проживающих в сельской местности Республики Дагестан характерна более тяжелая степень выраженности депрессии.

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ИХ КОРРЕКЦИЯ В ПРОЦЕССЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Ю.Б. Шевцова

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», г. Москва

Цель исследования – выявить взаимосвязи нарушений социальной адаптации с проявлениями синдрома зависимости от алкоголя и другими клиническими факторами и предложить на этой основе комплексные подходы к лечению с учетом улучшения социальной адаптации.

Методы – клинико-анамнестический и катамнестический с акцентом на вопросах социальной сферы, патопсихологический, статистический. Медикаментозное лечение и психотерапевтическая коррекция.

Результаты исследования. Синдром зависимости от алкоголя неблагоприятным образом сказывается на возможностях микросоциальной адаптации и таких аспектах социального функционирования, как производственные

отношения, семейная жизнь, воспитание детей. Для изучения взаимосвязи между некоторыми параметрами алкогольной зависимости и нарушениями социального функционирования было проведено обследование 400 больных алкоголизмом по специально разработанной карте, включавшей 287 позиций, которые затрагивали клинические закономерности становления и развития алкогольной зависимости, социальные характеристики, проявления агрессивного поведения. Проводилось экспериментально-психологическое исследование тех же пациентов с применением тестов УСК, Кеттелла, Вагнера.

Обнаружено, что нарушение социального функционирования и степень его выраженности у больных алкоголизмом связаны с особенностями их личности, коморбидной патологией, с клинической картиной синдрома зависимости и его прогредиентностью. С высокой степенью достоверности было установлено, что больные алкоголизмом с коморбидной личностной патологией реже сохраняли свои семьи, хуже обеспечивали близких и себя в материальном плане, чаще уклонялись от обязанностей на работе или в учебе, отличались более высокой агрессивностью. Выявлено, что чем более спокойной и стабильной была обстановка в нуклеарной семье больных, тем реже они проявляли агрессивные тенденции и имели меньшие нарушения социального функционирования в последующем, при развитии алкоголизма. Негативное влияние на социальную адаптацию оказывало наличие у пациентов остаточных явлений органического поражения головного мозга (перинатального, травматического и/или интоксикационного генеза). При значительной степени выраженности влечения к алкоголю и высокой прогредиентности заболевания нарушения в семейной и производственной сферах выявлялись достоверно чаще, чем при меньшей выраженности патологического влечения и более медленном течении алкоголизма. Весьма тесной оказалась связь социальных характеристик с изменениями личности, являвшимися прямым следствием алкогольной зависимости. Обнаружилась достоверная положительная корреляция между социальной дезадаптацией и заострением преморбидных особенностей личности, а также с развитием в рамках основного заболевания аффективных, психопатоподобных или неврозоподобных расстройств. Степень выраженности алкогольной деградации также коррелировала с нарушением социальных характеристик обследованных, причем данная корреляция была «зеркальной».

В рамках проводившегося исследования применялись комплексные терапевтические схемы (с учетом соответствующих клинических рекомендаций, одобренных Минздравом России), позволявшие уменьшить асоциальные и агрессивные тенденции больных алкоголизмом. Положительный эффект давало своевременное применение лекарственных средств, купирующих патологическое влечение к алкоголю, смягчающих аффективные и поведенческие расстройства, медикаментозных средств и методов восстановительной терапии. В схемы включался ряд психотерапевтических приемов, направленных на преодоление алкогольной анозогнозии, деструктивных психологических защит, вербализацию негативного опыта и его преодоление, получение эмоциональной поддержки, коррекцию искажений самосознания. Наиболее эффективными в этом отношении оказались индивидуальная рациональная психотерапия, групповая интерперсональная и семейная психотерапия.

Выводы. Поскольку нарушения социального функционирования больных алкоголизмом тесно взаимосвязаны с основными симпомокомплексами синдрома зависимости, то применение комплексного максимально индивидуализированного подхода, ориентированного на коррекцию социальной дезадаптации, позволяет добиться положительных результатов как в лечении собственно алкогольной зависимости, так и в улучшении социального функционирования. В свою очередь улучшение социальной адаптации больных алкоголизмом способствует поддержанию трезвого образа жизни и продолжительности ремиссий.

СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ АЛКОГОЛЯ И КОМОРБИДНАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

И.И. Шереметьева, А.В. Плотников

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет Минздрава РФ», г. Барнаул

Ключевые слова: синдром зависимости от алкоголя, экзогенно-органические психические расстройства, шизофрения, эпилепсия

Впервые понятие коморбидности предложил A.R. Feinstein. Он вкладывал в него представление об отличающейся дополнительной клинической форме, которая существовала или могла появиться в клинической картине текущего диагностированного заболевания. Б.Н. Пивень, И.И. Шереметьева относят к клинико-динамическим особенностям коморбидных форм психических заболеваний:

1) Полиморфизм клинической картины;
2) Наложение внешне сходных расстройств;
3) Чередование доминирования в разные временные периоды признаков одного заболевания;
4) Длительное превалирование признаков одного заболевания;
5) Взаимовлияние сосуществующих заболеваний.

Б.Н. Пивень и А.Н. Бекшибаев установили, что клиническая картина алкоголизма при его сочетании с экзогенно-органическими поражениями головного мозга имеет ряд особенностей. У таких больных на первичное патологическое влечение к алкоголю большее влияние оказывали внутренние причины. Речь идет о психических расстройствах органического происхождения, которые затрагивали эмоциональную сферу. У больных алкоголизмом с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга для возникновения после алкоголизации абстинентного синдрома требовались менее продолжительные алкогольные эксцессы и меньшие дозы алкоголя, чем при неосложненном алкоголизме. Среди соматических расстройств абстинентного синдрома чаще фиксировались головные боли, тяжесть в голове, головокружения, чувство разбитости, нестабильность артериального давления со склонностью к его повышению. При алкоголизме, сочетающемся с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга, продолжительность абстинентного синдрома была значительно больше, чем при неосложненном алкоголизме.

Важнейшие вопросы, касающиеся взаимоотношения шизофрении и заболевай шизофренического спектра с алкоголизмом и их взаимовлияния, нашли отражения в работах В. Гретера, Э. Крепелина, В.А. Гиляровского, С.Г. Жислина. Еще со времени Э. Крепелина было распространено мнение о смягчающем влиянии алкоголизма на течение шизофрении. Установлено, что алкоголизм не сочетается с юношеской злокачественно протекающей шизофренией, очень редко созависим с рекуррентной шизофренией, часто наблюдается у больных шубообразной шизофренией. Показано, что алкоголизм сопровождает те формы шизофрении, которые отличаются относительной доброкачественностью течения. Выяснилось, что только у половины больных шизофренией, несмотря на продолжительное злоупотребление алкоголем, формируется алкогольный абстинентный синдром. В остальных случаях, несмотря на многолетнее пьянство, принимающее характер псевдозапоев или постоянного злоупотребления алкоголем, синдром алкогольной зависимости не формируется. Выяснилось также, что по мере усугубления шизофренического дефекта и старения больных, злоупотребление алкоголем уменьшается или полностью прекращается. При шизофрении с эпизодическим течением зависимость от алкоголя чаще возникает до появления первых признаков эндогенного заболевания.

Эпилепсия с характерными для нее изменениями личности редко сочетается с алкоголизмом. Если эпилептические припадки возникают редко, а изменения личности не выражены, возможно формирование алкоголизма. В этих случаях резкое прекращение приема алкоголя может вызвать появление или учащение судорожных припадков и иных пароксизмальных состояний. Иногда систематическое потребление спиртных напитков на протяжении ряда лет не приводит к учащению пароксизмальных состояний. По мере нарастания изменений личности и снижения критики злоупотребление алкоголем может стать более массивным. Этому способствуют возникающие дисфории.

Проблема коморбидности синдрома зависимости от алкоголя и других психических заболеваний остается актуальной и при этом малоизученной. Дальнейшие исследования могут способствовать оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий в отношение данного контингента больных.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЗАРТНЫХ ИГР

А.М. Шишкова, А.И. Нечаева, В.В. Бочаров, Д.И. Громыко, Р.Д. Илюк

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Ключевые слова: зависимость от азартных игр, родственники больных, вовлеченность, эмоциональное выгорание

Актуальность. Зависимость от азартных игр является хроническим заболеванием, существенно нарушающим психосоциальное функционирование как самого страдающего зависимостью, так и его ближайшего окружения. Для создания эффективной системы медико-психологической помощи пациентам с аддикцией и членам их семьи необходимо всестороннее изучение факторов, взаимосвязанных с вовлеченностью родственников в заботу о больном и их эмоциональным выгоранием - истощением ресурсных возможностей и снижением энергетического потенциала в процессе опеки близкого.

Целью исследования являлось изучение взаимосвязи выраженности эмоционального выгорания и смысложизненных ориентаций у родственников пациентов с зависимостью от азартных игр.

Методы и материалы. На базе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» проведено кросс-секционное исследование, в котором приняли участие 75 родственников (18 отцов, 34 матери и 23 супруги) пациентов с патологическим влечением к азартным играм (F 63.0). Средний возраст родственников составил 47,4±12,7 лет. Все пациенты были мужского пола, их средний возраст составил 29,8±6,1 лет.

В качестве психодиагностических инструментов использовались методика «Уровень эмоционального выгорания родственников» - УЭВР (Шишкова с соавт., 2021). Методика УЭВР представляет собой двухполюсный конструкт и позволяет оценить выраженность феноменов выгорания и противоположных им явлений, отражающих ресурсную составляющую личностного функционирования родственников в процессе опеки хронически больного. Для изучения ценностно-смысловой сферы личности применялся «Тест смысложизненных ориентаций» - СЖО (Леонтьев, 2006). Обработка данных проводилась с использованием SPSS v.21, в качестве меры связи использовался коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. Корреляционный анализ показателей, отражающих феномены

выгорания / вовлеченности (УЭВР), и показателей смысложизненных ориентаций (СЖО) выявил наличие множественных связей между изучаемыми явлениями. Все шкалы теста СЖО (Цели, Процесс, Результат, Локус-контроля Я, Локус-контроля жизнь) имели прямые корреляции со шкалами, относящимися к полюсу вовлеченности методики УЭВР, а именно шкалами Энергия, Ресурс ($p<0,01$) и Смысл ($p<0,05$), и обратные - со шкалами полюса выгорания: Истощение и Цинизм ($p<0,01$). Шкалы Деструктивная разрядка напряжения и Редукция личных достижений (УЭВР) также имели отрицательные связи со шкалами, отражающими особенности ценностной сферы родственников аддиктов, в частности, шкалами Процесс и Результат жизни ($p<0.05$) (СЖО).

Полученные результаты свидетельствуют о значительном влиянии ценностных и смысловых установок родственников больных с аддикцией на процесс формирования у них эмоционального выгорания. Истощение психических ресурсов близких пациентов с зависимостью от азартных игр связано с общим снижением осмысленности жизни, удовлетворенности ею, а также убежденностью в том, что жизнь неподвластна сознательному контролю. При этом переживание эмоциональной наполненности и результативности собственной жизни связано с ощущением самоэффективности в лечении родственника.

Выводы. Ощущение осмысленности и ценности собственной жизни у родственников пациентов с зависимостью от азартных игр взаимосвязано с вовлеченностью в заботу о больном и потенциально может выступать в качестве протектора эмоционального выгорания.

РОЛЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОНМК

Е.Е. Шкиря, Д.Е. Баранова

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет», г. Новосибирск

Ключевые слова: реабилитация, инсульт, адаптация, инвалидизация

Актуальность проблемы. Острое нарушение мозгового кровообращения является одной из значимых проблем в связи с достаточно высокими показателями заболеваемости, рецидивов и смертности. Инвалидизация в следствие инсульта, последствия, связанные с патологией высших психических функций, осложняют психологическую и социальную адаптацию, что приводит к снижению качества жизни. Необходимость осуществления реабилитационных мероприятий связана с как профилактикой повторных инсультов, так и с повышением уровня адаптированности данной категории граждан.

Цель обзора. Теоретический систематический анализ заболеваемости ОНМК в России и в мире. Выделение основных проблем проведения нейрореабилитационных мероприятий в России, Корее и Китае.

Материалы и методы. В ходе работы был использован ресурс: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/; использовано 10 зарубежных источников.

Заключение. Эффективная реабилитация пациентов после острого нарушения мозгового кровообращения должна быть основана на комплексном подходе. Структурированная помощь при инсульте должна учитывать ранние сроки реабилитации, квалификацию специалистов и продолжительность реабилитации. Реабилитация инсульта опирается на: физические элементы (включая тяжесть инсульта как с точки зрения когнитивных, так и физических воздействий); эмоциональные факторы; социальные аспекты.

СИСТЕМАТИКА СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В МКБ-11

М.И. Ягубов

Московский научно-исследовательский институт психиатрии - филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, г. Москва

Ключевые слова: реабилитация, инсульт, адаптация, инвалидизация

Российская Федерация в мае 2019 г. на 72 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения согласилась принять статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, одиннадцатого пересмотра (МКБ-11), которая должна была вступить в действие 1 января 2022 года. Правительство РФ утвердило план перехода на МКБ-11 в период 2022-2024 годы. ВОЗ рекомендовал перейти на МКБ-11 в 2022 году. Россия к этому сроку осуществить переход не успело. Предполагается, что полностью МКБ-11 начнет функционировать в нашей стране с 2027 года.

Существенные изменения произошли в блоке психических расстройств, а особенно эти изменения затронули сексуальную патологию. В МКБ-10 группа сексуальных расстройств кодировалась в разделе V «Психические расстройства и расстройства поведения» (F00-F99). Некоторые расстройства кодировались в разделе XIV «Болезни мочеполовой системы» (N00-N99): N48.3 Приапизм; N48.4 Импотенция органического происхождения (Искл: психогенная импотенция F52.2); N94.1 Диспареуния (Искл: психогенная диспареуния F52.6); N94.2 Вагинизм (Искл: психогенный вагинизм F52.5). Была еще отдельная категория Z70 «Консультации, касающиеся сексуальных отношений, поведения и ориентации». В МКБ -11 Сексуальные расстройства вынесены в отдельную главу 17 «Состояния, относящиеся к сексуальному здоровью». При этом некоторые расстройства так же кодируются в рубрике «Болезни мочеполовой системы»: GC42 Сексуальная дисфункция ассоциированная с пролапсом органов таза (у женщин); MF41 Симптомы или жалобы на мужскую сексуальную функцию; MF40.3 Ретроградная эякуляция; GA12 Диспареуния. Есть и отдельная категория QA15 «Консультирование по вопросам сексуальности». Расстройства сексуального предпочтения (парафилии) в МКБ-11 остались в группе психических расстройств. В рубрику психических расстройств МКБ-11 введена новая диагностическая единица 6C72 «Расстройство компульсивного сексуального поведения».

Появление в классификации рубрики этиологических аспектов (связанный с заболеванием, травмой или последствиями хирургического вмешательства или лучевой терапии, психологическими или поведенческими факторами, включая психические расстройства, употреблением психоактивных субстанций или медикаментов, отсутствием знаний или опыта, факторами взаимоотношений, с культуральными факторами), времени возникновения (пожизненная, приобретенная) и характера (генерализаванное, ситуационная) расстройства несколько усложнит кодирование диагностики, однако позволит установить диагноз с учетом всех факторов и обосновать выбранную тактику терапии.

Большое беспокойство у специалистов, но и не только у специалистов, вызывает блок «Гендерное несоответствие», что даже выражается в предложениях не вводить в клиническую практику нашей страны МКБ-11. Принципиальные возражения заключаются в том, что, во-первых, вообще эти состояния выведены из класса психических расстройств, во-вторых в диагностических критериях существенно уменьшено длительность существования данных состояний от 2-х лет до нескольких месяцев и еще исключено указание на то, что желание сменить пол не должно быть проявлением какого-либо психического расстройства, что делает обоснованным патопсихологическое обследование.

Таким образом, следует отметить, что МКБ-11 в нашей стране будет внедрено в практику как статистический инструмент, а для клинических и научных нужд необходимо будет разработать адаптированные варианты с комментариями, с учетом отечественных представлений и разработок.

СОДЕРЖАНИЕ

Вступление
Б.Д. Цыганков 3

Локусы контроля пациентов с алкогольной зависимостью, проходящих лечение в условиях стационара
Е.К. Агеенкова, Н.Ф. Гребень 4

Парные сексуальные дисфункции и порнозависимость
И.Р. Айриянц 5

Органическое расстройство личности как фактор формирования аддиктивного поведения у несовершеннолетних
Н.А. Александрова 6

Психосексуальный диатез как предпосылка невротического конфликта
Б.Е. Алексеев 7

Самоотношение и тревога о здоровье у лиц с намерением смены пола
Г.Н. Алексеева, Е.И. Первичко 9

Терапия социальной тревоги и пищевых нарушений у студентов-медиков
С.О. Афанасьев, О.Ю. Ширяев, И.С. Махортова 10

Беспокойство о прогрессировании заболевания у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника
П.С. Ахмерова, А.Р. Гараева, В.В. Огарев, Н.А. Сирота 12

Клинические особенности подростковых депрессий
С.Б. Бабарахимова 13

Основные факторы риска формирования алкогольной зависимости у подростков
Е.И. Бабушкина, А.П. Сиденкова 14

Влияние социально-психологических факторов на формирование аддиктивных форм поведения в структуре личностных расстройств, выявленных при производстве судебно-психиатрической экспертизы
О.С. Байко, С.Ю. Маркоменко, Л.Л. Спирин, Е.В. Хохлова 16

Синдром выгорания как фактор профессионального кризиса у врачей
Л.Т. Баранская 17

Параметры крови связаны с аттенуированными симптомами шизофрении
И.С. Бокша 19

О предикторах и триггерах суицидов алкогольной зависимости у подростков
С.И. Букин 20

Особенности влияния психогенных факторов на динамику суицидального поведения у пациентов психиатрического стационара, совершивших суицид или суицидальную попытку
С.В. Ваулин, М.В. Алексеева, Т.В. Моренец 22

Применение современных антиконвульсантов в терапии алкогольной зависимости осложненной судорожным синдромом
М.А. Винникова, С.Д. Комаров, М.С. Титков, В.В. Аблова, Р.А. Булатова, А.П. Комарова 25

Клинико-психологические особенности пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника
А.Р. Гараева, П.С. Ахмерова, В.В. Огарев, Н.А. Сирота 26

Взаимосвязь эмоциональных особенностей и сексуального поведения у женщин с бесплодием в программе экстракорпорального оплодотворения
Ж.Р. Гарданова, А.А. Липская, Д.Ф. Хритинин, А.А. Гависова 27

Проблема этиологии зависимостив свете теории семейных систем М. Боуэна
Ю.А. Гаюрова 28

Клинический опыт курации суицидальных пациентов в условиях открытого психиатрического стационара
В.М. Гилод, В.А. Савко, Д.Е. Шумейко 30

Судебная психиатрия: вчера, сегодня, завтра
В.В. Гульдан 31

Формирование полиолигоаддиктивности как путь выхода из аддиктивности
И. Дацковский 32

Конфессиональная матрица психотерапевтического дискурса
Ю.Т. Джангильдин 34

Применение семейной психотерапии в коррекции постковидных психических расстройств
Ю.В. Добровольская 37

Применение семейной психотерапии в коррекции постковидных психических расстройств
В.С. Добродеева, Н.Г. Незнанов, Р.Ф. Насырова 38

Особенности нарушений пищевого поведения у студентов медицинских вузов
Л.В. Дорофеева, О.Ю. Ширяев 39

Психическое здоровье детей и подростков versus социально-экономический статус семьи: некоторые аспекты формирования аддикций
Н.В. Жукова 40

Гендерные различия аффективных нарушений больных параноидной шизофренией
Ж.М. Искандарова, С.Б. Бабарахимова 41

Дистанционная поддержка пациентов с пограничными психическими расстройствами в условиях пандемии
С.Ф. Исмаилова, А.В. Размахнин 42

Особенности полового самосознания при нарушениях половой идентификации
М.А. Ичмелян 43

Изучение оксидоредуктазных активностей IgG при шизофрении
Д.В. Казанцева, И.А. Меднова, Л.П. Смирнова, А.В. Семке, С.А. Иванова 44

Психотерапевтический аспект реабилитации пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения
М.В. Калантарова, И.Ф. Рощина, А.А. Шведовская, А.И. Хромов 46

Диалектические поведенческие терапии, МКБ-11 и психология взрослого развития
О.Э. Калашникова 47

Клиника и терапия компульсивных расстройств сексуального поведения у мужчин
И.Ю. Кан, М.И. Ягубов 48

Влияние неблагоприятного детского опыта на проявления алкогольного делирия
Е.А. Катан 49

Сексуальная аддиктология и дисгармоничные отношения пары
Н.Д. Кибрик 50

Психологический синдром отчуждения родителя (семьи)
С.В. Клюев 51

Работа наркологического стационара, перепрофилированного для оказания помощи пациентам с психической патологией и Covid-19 в период пандемии 2020-2021
А.И. Клячин, М.Н. Земсков, Е.А. Лактаева, С.А. Шамов, А.В. Масякин 52

Анализ динамики иммуного статуса у вич-инфицированных пациентов с зависимостью от психоактивных веществ, принимающих антиретровирусную терапию
А.П. Комарова, Т.В. Агибалова, Т.Р. Петросян, С.Н. Теплова, Е.А. Брюн 54

Показатели оценки качества деятельности наркологической службы
С.Г. Копоров, Е.А. Кошкина, М.С. Смирновская, Е.А. Кошкин, Е.И. Миронова 56

Влияние психофизиологических показателей на антидепрессивную терапию
А.О. Корендюхина 57

Сравнительная характеристика психического статуса пациентов в остром и отдаленном периодах COVID-19
Н.В. Котовская 58

Динамика смертности больных наркологического профиля в России
Е.А. Кошкина, М.С. Смирновская, Е.А. Кошкин, Е.И. Миронова 60

Иммуноглобулины класса G больных шизофренией эффективно гидролизуют субъединицы NR1 и NR2 NMDA-рецептора in vitro
А.А. Кузницына, Л.П. Смирнова, Е.А. Ермаков, Д.А. Камаева, А.К. Сурин 61

Риски нарушения ментального здоровья работников химических производств
С.В. Кузьмина 62

Клинико-феноменологические особенности структуры агрессивности
А.А. Ловкис 64

Функциональное состояния сердечно-сосудистой системы, вегетативного и психоэмоционального статуса пациентов с гипертонической болезнью
И.А. Макарова 65

Психическое здоровье медицинских работников и населения во время пандемии COVID-19
В.Л. Малыгин, М.А. Асасян, Я.В. Малыгин, А.С. Искандирова, Е.Е. Пахтусова, Ю.А. Меркурьева 66

Многофакторная модель поведения пациентов по обращаемости за медицинской помощью при депрессивных и невротических расстройствах
Я.В. Малыгин 68

Выраженность психопатологических симптомов и качество жизни на этапе становления ремиссии
у пациентов с суицидальными мыслями, систематически принимавших синтетические катиноны
А.В. Марков, Е.С. Курасов, В.К. Шамрей 69

Коррекция интернет-зависимости у подростков
Ю.А. Меркурьева 70

Скрининг уровня тревоги и депрессии у больных туберкулезом легких
Д.А. Миночкин 72

Клинические особенности аутоагрессивного поведения подростков
Б.О. Мухторов, С.Б. Бабарахимова 73

Алкоголь-ассоциированные заболевания у больных неврологического стационара
А.В. Надеждин, Е.А. Кошкина, Е.Ю. Тетенова, А.Е. Петухов, А.Ю. Колгашкин, М.С. Смирновская 74

Влияние полиморфизмов генов на процесс морфогенеза
Е.А. Нейфельд 76

О работе инфекционного психиатрического отделения в ГБУЗ МО ПБ №5 в условиях пандемии COVID-19
А.Е. Новицкий, А.В. Масякин 77

Необходимость трансдсциплинарного дискурса (подхода) в судебной психиатрии
Г.Н. Носачев, И.Г. Носачев 78

Психиатрия и аддиктология: самостоятельные науки(?). Методология
Г.Н. Носачев, И.Г. Носачев, Е.А. Дубицкая 80

Точная диагностика шизофрении
С.А. Овсянников 81

Влияние личностных доменов на вероятность достижения терапевтического ответа
при фармакотерапии депрессии
А.В. Овчинников 82

Когнитивно-поведенческая терапия дисморфофобических расстройств
Е.В. Оконишникова 84

Клиническая типология дебюта биполярного аффективного расстройства II типа
Н.Н. Осипова, Л.М. Барденштейн 84

Анализ рисунков больных шизофренией как отражения когнитивных нарушений
С.Н. Осколкова 86

Особенности взаимовлияния алкогольной зависимости и психических расстройств шизофренического спектра
Д.А. Полянский 87

Клинико-биологические корреляции синдрома мягкого когнитивного снижения
Е.В. Пономарева, С.А. Крынский 88

Персонализированный подход к реабилитации
К.Н. Поплевченков 89

Влияние COVID-19 на уровень госпитализации вследствие суицидальных попыток
Г.А. Прокопович, А.Н. Гвоздецкий, А.Е. Добровольская, А.Г. Софронов 91

Применение транскраниальной магнитной стимуляции
в комплексном лечении пациентов с депрессивным расстройством при болезни Паркинсона
А.О. Просветов, Б.Д. Цыганков, С.Р. Рангус, Е.В. Кузнецов 92

Тревожно-депрессивные расстройства у больных туберкулезом
Т.В. Пьянзова, Ю.Т. Джангильдин 93

Применение транскраниальной магнитной стимуляции в комплексном лечении пациентов
с терапевтически резистентной депрессией
С.Р. Рангус, Б.Д. Цыганков, А.О. Просветов 95

Протеомный профиль сыворотки крови больных простой и параноидной шизофренией
Л.П. Смирнова, Е.М. Дмитриева, А.А. Серегин, А.В. Семке, С.А. Иванова 96

Медицинская помощь больным с COVID-19 в условиях психиатрической больницы
А.Г. Софронов, А.Е. Добровольская, А.Н. Гвоздецкий, Г.А. Прокопович 97

Клинико-психопатологические и психосексуальные особенности нарушений гендерной идентичности
у пациентов с транссексуализмом и расстройствами шизофренического спектра
Е.А. Старостина 98

Динамика совладающего поведения лиц с алкогольной зависимостью в процессе
медицинской реабилитации
А.А. Степанов 100

Психогенные факторы и агрессивное поведение
у пациентов с нарушениями мозгового кровообращения
И.В. Степанова, Г.Р. Иванова 101

Проблема изучения цитокинового дисбаланса как нового биомаркера терапевтической резистентности
к антипсихотикам при шизофрении
А.И. Стрельник, Д.А. Смирнова, Р.Ф. Насырова, Н.Г. Незнанов, Н.А. Шнайдер, М.С. Шейфер 102

Индивидуально-личностные особенности пациентов с рецидивами шизофрении
А.Н. Султанова, С.Д. Ангилевко 103

Вопросы стандартизации оформления заключения психолога при проведении амбулаторных
судебно-психиатрических и комплексных судебно-психиатрических экспертиз
Е.Ю. Сушкова 104

Неподконтрольность действительности как фактор, изменяющий личностные установки
у студентов клинической психологии в период пандемии covid-19
Е.В. Тагильцева, П.С. Аунбу, М.И. Бахтин, П.М. Карафинка 105

Организационно-социологические аспекты совершенствования оказания
психиатрической помощи больным
А.Ю. Тер-Исраелян, Т.Е. Евдокимова 107

Подходы к оценке эффективности новой организационной формы специализированной
помощи - амбулаторного психиатрического модуля
А.Ю. Тер-Исраелян, Т.Е. Евдокимова 109

Психологические особенности несовершеннолетних суицидентов
Г.М. Токарева 110

Близорукость в отношении смерти у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя
О.Д. Тучина, Л.Р. Усманова, О.Ж. Бузик, Л.В. Ивашиненко 112

Терапия Принятия и Ответственности для преодоления внутренней стигмы
О.В. Тюсова 113

Перспективы применения глутамина при синдроме отмены алкоголя
С.И. Уткин 115

Опыт применения цифровых технологий в детской психиатрической клинике
О.З. Хайретдинов 116

Персонифицированная нейролептическая терапия больных шизофренией
с учетом побочных эффектов и осложнений
Б.Д. Цыганков 117

Характерологические особенности студентов-клинических психологов и их взаимосвязь
с формированием интернет-аддикции
У.Ю. Чут, А.Е. Орлов, А.А. Киселева 119

Организация помощи кризисным пациентам в УЗ «ГК БСМП г. Гродно»
В.И. Шамигулова, Т.И. Шешко, Е.В. Соловьянчик 120

Депрессивная симптоматика у пациентов с алкоголизмом в республике Дагестан
в зависимости от территориальных особенностей проживания
С.Р. Шамсиева 121

Социальные аспекты наркологических расстройств и их коррекция в процессе оказания
медицинской помощи и реабилитации
Ю.Б. Шевцова 122

Синдром зависимости алкоголя и коморбидная психическая патология
И.И. Шереметьева, А.В. Плотников 124

Взаимосвязь эмоционального выгорания и смысложизненных ориентаций у родственников
пациентов с зависимостью от азартных игр
А.М. Шишкова, А.И. Нечаева, В.В. Бочаров, Д.И. Громыко, Р.Д. Илюк 125

Роль реабилитационных мероприятий, их взаимосвязь с качеством жизни пациентов с ОНМК
Е.Е. Шкиря, Д.Е. Баранова 126

Систематика сексуальных расстройств в МКБ-11
М.И. Ягубов 127